Rok XLIX. Kraków, dnia 10. grudnia 1910. Nr 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O podskórnych gruczołach limfatycznych klatki piersiowej w gruźlicy płuc.

Podał

Doc. Dr E. Żebrowski.

(Rzecz przedstawiona na posiedzeniu kijowskiego Towarzystwa przyrodniczo-lekarskiego 11. III. 1910).

(Ciąg dalszy).

III. A. R. 29 lat, włościanin z gub. wileńskiej. Począwszy od 1904 r. co rok przyjeżdża na 2 letnie miesiące do Pohulanki w celu leczenia się kumysem. W r. 1904 stwierdzono u tego chorego zajęcie obydwu szczytów: nizkie ustawienie, przytłumienie, wdech zaostrzony, wydech słyszalny, podczas kaszlu nieliczne drobnobańkowe rzężenia. Okazało się, że sprawa chorobowa niema skłonności do postępowania naprzód. Kumys oraz higieniczne zachowanie się w 1904, 1905, 1906, 1907 i 1908 sprowadzały poprawę ogólnego stanu: waga wzrastała (7—10 f. w ciągu sezonu), sił choremu przybywało, pod koniec leczenia stawał się on zupełnie zdolnym do pracy, objawy ze strony płuc jednak w ciągu tego czasu pozostawały bez zmiany, nie można było zauważyć poprawy nawet pod koniec leczenia. Począwszy od r. 1906, t. j. od chwili, kiedy zacząłem zwracać uwagę na powiększenie bocznych gruczołów piersiowych, niejednokrotnie badałem w tym kierunku i A. K., jednakowoż do r. 1909 za każdym razem przy badaniu gruczoły te nie okazywały się powiększone. W r. 1909 chory przyjechał na sezon (7. VII.) z następującymi objawami: Wychudnięcie znacznego stopnia (w. $153^1/_2$ f., w ciągu minionych sezonów na początku leczenia waga = $160-170^1/_2$ f.). Ciepłota dochodzi do $38{\cdot}5^0$ C. Stan płuc: po stronie prawej od przodu z góry do 2. żebra, z boku do 4. żebra, z tyłu powyżej grzebienia łopatki i w górnej $^1/_3$ przestrzeni międzyłopatkowej przytłumienie, wdech oskrzelowy, liczne drobnobańkowe dźwięczne rzężenia. Nad płucem lewem na całej przestrzeni z przodu, boku i tyłu stłumienie, wdech słaby nieoznaczony, wydech miejscami chuchający (o charakterze oskrzelowym), na całej przestrzeni liczne dźwięczne drobno i średnio bańkowe wilgotne rzężenia. Na bocznej powierzchni klatki piersiowej można wymacać w środkowej linii pachowej w V. międzyżebrzu duży (wielkości fasoli) zbity gruczoł, gruczoł ten jest widoczny przy bocznem oświetleniu; po stronie lewej w tej samej linii w IV. międzyżebrzu stwierdzono również jeden gruczoł wielkości ziarna grochu. Po miesiącu (8. VIII.) chory opuścił Pohulankę w stanie pewnej poprawy ogólnego stanu (w. $158^1/_2$ f.), objawy jednak ze strony płuc pozostały bez zmiany, gruczoły również nie uległy zmianie. Ten przypadek jest wprost przeciwieństwem obu poprzednich: tu można było stwierdzić powiększenie się bocznych gruczołów piersiowych zależnie od pogorszenia się sprawy chorobowej.

IV. P. S. 30 lat, kupiec; do Pohulanki przybył 17. VIII. 1907; skarży się na osłabienie, łatwe męczenie się, ból w różnych okolicach ciała, oraz na uczucie bądź to gorąca, bądź zimna.

Stan obecny: Odżywienie podupadłe, ciepłota prawidłowa (mierzona co 3 godziny w ciągu 3 dni). Tętno 80, miarowe, słabo napięte, tętnice promieniowe i ramieniowe cokolwiek twarde, zlekka pokręcone. Lewa granica serca dochodzi prawie do linii sutkowej; drugi ton nad aortą cokolwiek zaakcentowany. W płucach w obydwu szczytach wydech słabo słyszalny. Boczne gruczoły piersiowe nie powiększone. Odruchy kolanowe znacznie wzmożone, wyraźna dermografia. W moczu zmian niema. Wobec powyższych objawów przypuszczałem przedwczesne początkowe stwardnienie (sclerosis praecox) i przepisałem dyetę mleczną i roślinną, zmywanie całego ciała oraz przetwory jodu.

W następnym roku przybył chory 23. X. 1908 z temi samemi skargami i objawami. Przepisano mu kefir, zmywanie całego ciała oraz lecytynę w pigułkach, co dość dobrze wpłynęło na ogólny stan chorego i usunęło prawie wszystkie objawy podmiotowe. Przy badaniu w dniu 19. VII. zauważyłem ze zdziwieniem na lewej bocznej powierzchni klatki piersiowej dość duży (wielkość fasoli) gruczoł, który znajdował się na typowem miejscu w IV międzyżebrzu w środkowej linii pachowej. Spostrzeżenie to było pobudką do dokładnego zbadania lewego płuca i w pobliżu tylnej linii pachowej w okolicy 5. żebra znalazłem lekkie tarcie opłucne na bardzo małej przestrzeni. Po 4 dniach 23. VII. można już było wyczuć ręką tarcie opłucnej na całej bocznej powierzchni nad lewem płucem, z tyłu zaś w przestrzeni międzyłopatkowej oraz w dolnych częściach poniżej łopatki. Ciepłota około $37{\cdot}6^0$ C. Do poprzedniego leczenia dodano spokój i okłady ogrzewające ze spirytusu. Po trzech dniach (13. VIII.) tarcie opłucne zupełnie ustąpiło. W lewym szczycie słychać ostry wydech. Lewy boczny gruczoł niewidoczny i niemacalny.

W następnym roku (1909) chory przybył 19. VIII., skarżąc się na zawroty głowy, brak apetytu i oświadczył, że na wiosnę miał niewielki krwotok z gardła, po którym w ciągu 2 dni odpluwał krwawo zabarwioną plwocinę. Ciepłota prawidłowa. W szczycie lewym wydech zaostrzony. Gruczoły boczne niemacalne.

Przypadek ten zasługuje rzeczywiście ze wszech miar na uwagę. Powiększony gruczoł zwrócił uwagę na odpowiednie płuco i pomógł sprawę właściwie rozpoznać. Ciekawa jest ta równoległość sprawy na opłucnej i powiększenia odpowiedniego gruczołu: powiększenie gruczołu zeszło się ze zjawieniem się sprawy na opłucnej, z chwilą zaś zakończenia sprawy na opłucnej gruczołu nie można już było wymacać.

Spostrzeganie kliniczne wskazuje więc na niewątpliwy związek pomiędzy powiększeniem bocznych gruczołów piersiowych, a sprawą chorobową płuc i opłucnej. A miano-

wicie wskazuje ono, że w pewnych przypadkach daje się zauważyć równoległość tych dwu objawów. Gruczoły powiększają się przy nasileniu (przyp. III.) oraz powstawaniu (przyp. IV.) spraw chorobowych w klatce piersiowej; zmniejszają się zaś przy uspokajaniu się sprawy (przyp. I. i II.). Na to, że powiększenie bocznych gruczołów piersiowych i natężenie sprawy chorobowej przebiegają równolegle do siebie, wskazują także dane statystyczne: powiększenie gruczołów częściej zdarza się w gruźlicy postępującej (22·4%), niż w gruźlicy utajonej (14·2%); przytem gruczoły te są większe częściej w gruźlicy postępującej (69·5%), małe zaś gruczoły naodwrót częściej się zdarzają w gruźlicy utajonej (54·2%).

Badanie anatomo-patologiczne w zupełności potwierdza ten związek między powiększeniem bocznych gruczołów piersiowych, a sprawą chorobową w klatce piersiowej, i jednocześnie wyjaśnia istotę sprawy chorobowej, wywołującej powiększenie gruczołów. Choremu, który znajduje się w szpitalnej klinice terapeutycznej, a u którego znaleziono zmiany gruźlicze płuca prawego, wycięto (11. II. 1910) znacznie powiększony (widoczny gołem okiem) prawy boczny gruczoł piersiowy. Gruczoł ten był wielkości ziarna fasoli, zbity; na przekroju zawierał miejscami punkcikowate białawe ogniska. Połowę tego gruczołu zaszczepiono 2 świnkom morskim: jednej do jamy otrzewnej, drugiej pod skórę prawej pachwiny, drugą zaś połowę gruczołu utrwalono i obrobiono według Altmanna, a następnie zbadano pod mikroskopem. Preparaty, zabarwione hematoksyliną i eozyną, przedstawiały się w następujący sposób: Wśród resztek tkanki limfoidalnej rozrzucone liczne różnej wielkości i nieregularnej postaci ogniska, składające się z dużych komórek śródbłonkowych z pęcherzykowatem, stosunkowo niewielkiem jądrem; w wielu miejscach ogniska te zlewają się ze sobą, tworząc duże skupienia komórkowe. W skupieniach tych części środkowe są zserowaciałe, wokoło zaś leżą w niewielkiej stosunkowo ilości komórki nabłonkowate, wśród których nierzadko spotyka się wielojądrzaste twory olbrzymie z typowem obwodowem ułożeniem jąder. Co się tyczy mniejszych ognisk, to te są przeważnie okrągłe, środek zaś ich zajmuje twór olbrzymi, otoczony grubą warstwą komórek śródbłonkowych. Barwiąc skrawki metodę Ziehl-Neelsena można znaleść w niektórych komórkach olbrzymich typowe laseczniki gruźlicze. Preparaty te oglądał także Prof. Wł. Wysokowicz. Świnki morskie, zaszczepione cząstkami gruczołu, zabito 19. III.; u obydwu znaleziono znamienne dla gruźlicy zmiany w wątrobie, śledzionie i płucach; w preparatach roztartych z treści znacznie powiększonych i zserowaciałych gruczołów pachwinowych znaleziono typowe laseczniki gruźlicze.

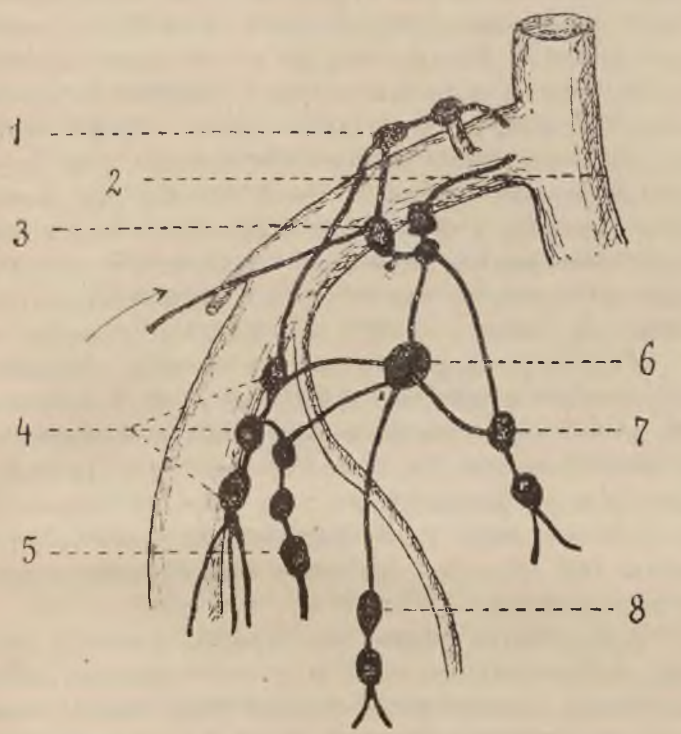
Badanie anatomopatologiczne ostatecznie rozstrzyga pytanie co do związku pomiędzy sprawą gruźliczą w klatce piersiowej, a powiększeniem zewnętrznych gruczołów piersiowych. Związek ten jest prosty i niewątpliwy: tu i tam mamy jednakową sprawę chorobową. Czynnik, wywołujący sprawę chorobową, przedostaje się, w niektórych przynajmniej przypadkach, z wnętrza klatki piersiowej do powierzchownie położonego gruczołu. Powstaje więc pytanie, jaką drogą może się to odbywać. Rozstrzygnięcie tego pytania jest nadzwyczaj zajmujące ze względu na to, że opisywana grupa gruczołów zajmuje wyjątkowe, jak się zdaje, miejsce w drogach, przez które możliwe jest przedostawanie się z wnętrza klatki piersiowej czynnika, wywołującego gruźlicę. Leżą one jakby na tej drodze, przez którą właśnie częściej odbywa się przenikanie. Przynajmniej w badanych przezemnie przypadkach gruźlicy płuc u osób dorosłych niewątpliwe powiększenie innych gruczołów zdarzało się bardzo rzadko: gruczoły szyjne znalazłem powiększone w 2·05%, pachowe w 1·17%, nadobojczykowe w 0·32%. Powiększenie prawie wszystkich gruczołów podskórnych znalazłem w 8 przypadkach (z 929), przy powikłaniu rzekomo-białaczkowem (2), kiłowem (2) i zołzowem (4). Co do gruczołów szyjnych, wyniki moje zgadzają się ze spostrzeżeniami Corneta [2]), który wskazuje na to w swoim podręczniku (str. 1255), że w gruźlicy płuc u osób dorosłych gruczoły te spotykamy nadzwyczaj rzadko (»auffallend selten«). Co się tyczy gruczołów pachowych, to nie mogę zgodzić się z twierdzeniem Ferneta [5]), który podaje, że powiększenie tych gruczołów znajduje się blizko w $^1/_3$ przypadków początkowej gruźlicy (autor ten nie podaje liczby spostrzeżeń). Jeżeli uwzględnimy tylko te przypadki, gdzie powiększenie jest niewątpliwe i gdzie można dokładnie wymacać zbite zaokrąglone gruczołki, to otrzymamy bardzo nieznaczny odsetek; obecność nieraz miękkich, małych kulek, które stwierdzamy przy obmacywaniu okolicy pachowej u ludzi zupełnie zdrowych, nie uprawnia jeszcze do przyjmowania ich za powiększone gruczoły.

Dla wyjaśnienia sobie drogi, którą dostaje się czynnik chorobowy do bocznych gruczołów piersiowych, konieczna jest znajomość: 1) dróg krążenia limfy w tej okolicy, 2) stosunku badanej sieci naczyń chłonnych sąsiednich narządów, zwłaszcza narządów klatki piersiowej. Anatomowie już oddawna znali to zbiorowisko gruczołów, które nas w tej chwili zajmuje. W atlasie Paulo Mascagniego (1787) [7]) gruczoł ten widnieje na XXV. tab. fig. III. pod Nr. 148. Współcześni anatomowie mówią o tym gruczole, różnie go nazywając: Poirier [11]) nazywa całą tę grupę — »l'amas inferoexterne de la chaîne thoracique« (opis na str. 1260 rys. 617, na str. 1259. Nr 5), Ockner [10]) »glandulae thoracales inferiores« (str. 145), Grossmann »glandulae thoracicae profundae« (przytocz. według Bartelsa [1]) str. 154), Bartels [1]) »glandulae pectorales« (str. 154—156). Mnie się zdaje, że najodpowiedniejszą nazwą, ze względu na położenie tych gruczołów, byłaby: »*glandulae thoracales laterales inferiores*« (dolnoboczne gruczoły piersiowe), gdyż jest to najniżej leżąca grupa gruczołów bocznej powierzchni klatki piersiowej, pierwszy rząd gruczołów, do którego dochodzą naczynia, zbierające limfę z bocznej ściany klatki piersiowej. Dalszy kierunek limfy, wypływającej z tych gruczołów, widać na następującym schemacie, poczerpniętym z pracy Poiriera.

Naczynia odprowadzające limfę z dolnych bocznych gruczołów kierują się do środkowej grupy gruczołów pachowych (»gl. centrales seu intermediae« według Grossmanna). Drogi limfatyczne, wychodzące z tej środkowej grupy gruczołów, kończą się w gruczołach podobojczykowych (»gl. infraclaviculares«); z tych zaś wychodzą liczne naczynia, które po zlaniu się ze sobą tworzą jeden pień (»truncus subclavius«), przechodzący między mięśniem podobojczykowym a żyłą podobojczykową i wpadający do tej żyły w miejscu ujścia żyły szyjnej zewnętrznej (»v. jugu-

laris externa«), t. j. w tak zwanym kącie żylnym (»angulus venosus«). Z przytoczonego wyżej schematu widać jeszcze, że dolno-boczne gruczoły piersiowe mogą mieć połączenie przez środkową grupę gruczołów pachowych z następującymi zewnętrznymi układami limfatycznymi, 1) z układem gruczołów podłopatkowych, zbierającym limfę z tylnych części klatki piersiowej, 2) z układem gruczołów piersiowych przednich (»gl. thoracales anteriores«), dokąd spływa limfa z przednich części klatki piersiowej i 3) z układem gruczołów ramieniowych, zabierających limfę z kończyny górnej. Tutaj musimy jeszcze dołączyć 4) układ limfatyczny gruczołu sutkowego, skąd biorą początek naczynia, doprowadzające limfę do gruczołów pachowych, czasem zaś wprost

Schemat I.



1. Gl. supraclaviculares. 2. Miejsce obojczyka. 3. Gl. infraclaviculares. 4. Gl. brachiales. 5. Gl. subscapulares. 6. Gl. centrales (axillares). 7. Gl. thoracales anteriores. 8. *Gl. thoracales laterales inferiores.*

do dolnobocznych gruczołów piersiowych. W danym przypadku najwięcej nas oczywiście obchodzą połączenia dolnobocznych gruczołów piersiowych z układem chłonnym narządów, leżących wgłębi klatki piersiowej, wszczególności zaś płuc. Jakikolwiek miałaby kierunek droga z płuc do zewnętrznego bocznego gruczołu, to końcowa jej część w ogromnej liczbie przypadków przejdzie przez ścianę klatki piersiowej. Teoretycznie da się pomyśleć i droga oboczna przez górny otwór klatki piersiowej (»apertura thoracis superior«), za pośrednictwem odkrytego przez Mosta[9]) (str. 18) naczynia chłonnego, łączącego gruczoły tchawiczno-oskrzelowe, t. j. płucny układ chłonny, z gruczołami nadobojczykowymi; te zaś gruczoły pośrednio przez gruczoły podobojczykowe i pachowe mogą, jak to widać z przytoczonego schematu Poiriera, łączyć się na drodze zwrotnej z obchodzącą nas grupą dolnobocznych gruczołów piersiowych. Ta jednak oboczna droga jest zanadto skombinowana i, jak się zdaje, nie jest zwykłą drogą dla przedostawania się z płuc czynnika wywołującego gruźlicę. Wskazuje na to mianowicie rzadko spotykane powiększenie gruczołów nadobojczykowych w gruźlicy płuc, które przy przechodzeniu czynnika chorobotwórczego tą drogą musiałyby ulegać powiększeniu wcześniej i częściej, niż gruczoły pachowe i dolnoboczne. Ponieważ zaś statystyka wykazuje wprost przeciwne dane, musimy więc zatrzymać się na pierwszej prostej drodze przez ścianę piersiową.

(Dok. nast.).

Z oddziału Docenta Dra med. Wł. Janowskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

O barwiącej się za życia ziarnistości krwinek czerwonych (substantia granulo-reticulo-filamentosa)

jej pochodzeniu i stosunku do nakropień zasadochłonnych.

Podał

Dr Ryszard Hertz,
asystent oddziału.

(Ciąg dalszy).

Z 3 badanych przezemnie przypadków wybitnej niedokrwistości, powstałej wskutek przewlekłych krwotoków kiszkowych, — tylko w jednym znajdowałem obfitą liczbę (5—6%) czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia. Dalsze badanie krwi u tego 36-letniego chorego wykazało 15% hemoglobiny, 1,650.000 czerwonych ciałek krwi, 12.000 białych ciałek krwi i niewielką poikilocytozę i polichromazyę; w utrwalonym preparacie nakropionych czerwonych ciałek krwi nie znalazłem wcale. W przypadku bardzo silnego krwotoku macicznego (u Prof. Grawitza) u młodej osoby liczba czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia, była obfita (25% hemoglobiny, 1,200.000 czerwonych ciałek krwi, 19.000 białych ciałek krwi), natomiast w preparacie utrwalonym nakropień zasadochłonnych nie znajdowałem w krwinkach wcale. W innym podobnym przypadku nie znalazłem wcale ziarnistości jednego, ani drugiego rodzaju.

W 6 badanych przypadkach niedokrwistości wskutek raka (niekiedy bardzo znacznej — 30—15% hemoglobiny) nie znalazłem ani razu nakropionych czerwonych ciałek krwi, ani większej liczby ciałek czerwonych z ziarnistością barwiącą się za życia.

To samo muszę powiedzieć o dwóch przypadkach błednicy.

Z licznych przypadków gruźlicy u jednego tylko chorego z dużem krwiopluciem widziałem w utrwalonym preparacie pojedyncze nakropione czerwone ciałka krwi, liczba zaś czerwonych krwinek z ziarnistością barwiącą się za życia, nie była zwiększona.

W przypadku ropnego zapalenia opłucnej (25% hemoglobiny, 2,250.000 krążków krwi, 13.500 białych krążków krwi) – wynik badania był ujemny zarówno co do krwinek czerwonych nakropionych, jak i co do zawierających ziarnistość barwiącą się za życia.

Wreszcie badałem 4 przypadki przewlekłej białaczki szpikowej wzgl. myeloidowej i wynik badania co do obydwóch rodzajów ziarnistości był też stale ujemny.

W końcu wspomnę, że występowanie obydwóch rodzajów ziarnistości zasadochłonnej w czerwonych krążkach krwi w przebiegu niedokrwistości urazowej było już nieraz przedmiotem badań doświadczalnych na zwierzętach.

Po częstych upustach krwi nie spostrzegał Böllke (10) u zwierząt zasadochłonnego nakropienia w czerwonych ciałkach krwi; widywał przytem tylko wybitną polichromazyę. Przeciwnie, wynik dodatni w tym kierunku osiągnęli w swych doświadczeniach Martin Kohn, Askanazy (3), Morawitz i Blumenthal (9). — Widal, Abrami i Brulé (20) nie znajdowali u królików po upustach krwi nigdy nakropionych czerwonych ciałek krwi, spostrzegali natomiast liczne czerwone krwinki z ziarnistością barwiącą się za życia.

U 4 badanych przezemnie królików, którym upuszczałem krew przez systematyczne przystawianie do ich uszów pijawek lub też wprost przez systematyczne przecinanie żyły usznej zapomoca lancetu, nie znajdowałem wcale czerwonych krążków nakropionych, natomiast krążki z ziarnistością barwiącą się za życia spotykałem w dwóch przypadkach w znacznej liczbie, w tych mianowicie, w których równocześnie stwierdzałem znaczną polichromazyę i liczne czerwone ciałka krwi z jądrami (normoblasty).

Wogóle więc tylko w dwóch przypadkach klinicznych niedokrwistości wtórnej oraz w dwóch przypadkach doświadczalnych znajdowałem we krwi w obfitej liczbie czerwone ciałka z ziarnistością barwiącą się za życia. Przyczyną niedokrwistości we wszystkich 4 przypadkach były zawsze krwotoki. Ponieważ w preparatach, branych jednocześnie do badania krwi utrwalonej, nie znajdowałem czerwonych ciałek z nakropieniami zasadochłonnemi, przeto twierdzić muszę, że obecność czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia w badanej krwi, nie upoważnia do żadnych wniosków co do obecności w niej czerwonych ciałek z nakropieniami zasadochłonnemi, i odwrotnie, czego dowodem wyżej przytoczony przypadek gruźlicy.

Z faktu, że wogóle stosunkowo rzadko spostrzegałem we krwi czerwone ciałka z nakropieniami w przypadkach niedokrwistości, — w czem wyniki moich badań są zgodne z wynikami francuskich autorów, oraz ze spostrzeżeniami S. Kleina, o których wspominał mi osobiście, — należy wnosić, że ustalanie jakichkolwiek reguł w tej mierze jest niewłaściwe, że ukazywanie się czerwonych ciałek krwi z nakropieniami zasadochłonnemi zależy raczej od własności indywidualnych badanego osobnika. To samo stosuje się zresztą i do czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia, których obecność pozostaje również w związku z właściwościami danego przypadku.

U zwierząt, zwłaszcza królików i świnek morskich, rzadziej u psów, już w warunkach prawidłowych spotykamy nieraz we krwi liczne ciałka polichromatyczne i czerwone krążki z ziarnistością barwiącą się za życia. Dlatego też przed każdem doświadczeniem trzeba je badać w tym kierunku co najmniej w ciągu dwóch dni z rzędu.

3) Zatrucie ołowiem.

a) Wiadomo już oddawna i uchodzi dziś za pewnik, że zatrucie ołowiem cechuje się obecnością we krwi czerwonych ciałek krwi z nakropieniem zasadochłonnem. Spostrzeżenie to, którego odkrycie zawdzięczamy Behrendowi (6) (w roku 1889) zostało potem niejednokrotnie sprawdzone i w następstwie rozszerzone o tyle [Grawitz (26)], że — jak dziś przyjmujemy — czerwone ciałka krwi z nakropieniami zasadochłonnemi znajdują się nietylko we krwi każdego osobnika z wyraźnymi objawami zatrucia ołowiem, ale mogą się zdarzać również i u takich robotników, mających do czynienia z ołowiem, u których zresztą nic jeszcze podejrzeń co do zatrucia nie nasuwa. Według Schmidta, który ma w lipskim zakładzie higienicznym codziennie sposobność badać robotników, pracujących z ołowiem, w celu stwierdzenia ewentualnego zatrucia, czerwone ciałka krwi z nakropieniami dopiero wtedy zaczynają mieć wartość rozpoznawczą, jeżeli jest ich nie mniej, niż 1 : 10.000. O przypadkach takich Schmidt mówi, że badał je z wynikiem dodatnim. Rozumie się, że u osobników wyraźnie chorych liczba ta może być większą i dochodzić do 3—30 według Schmidta, lub 5 — 90 na 10.000 według Fiessingera. We wszystkich trzydziestu klinicznie pewnych przypadkach zatrucia ołowiem otrzymał Schmidt (63) wynik badania dodatni, z pozostałych zaś (przeszło 800) niepewnych, albo wogóle wolnych od dolegliwości — w 9,2% znajdował więcej, niż 100 czerwonych ciałek krwi z nakropieniami na milion, a w 18% nie znajdował ich wcale.

Robotnicy, mający styczność z ołowiem, przysyłani przez różnych lekarzy dla zbadania krwi do Trautmanna (66), miewali często jeszcze większą liczbę czerwonych ciałek krwi z nakropieniami zasadochłonnemi. Na 233 podejrzane klinicznie przypadki, w 43,8% autor ten wprawdzie nie znajdował ciałek z nakropieniami, ale w 20,6% przypadków było ich więcej, niż 100, a w 11,2% więcej nawet, niż 200 na milion.

Agasse Lafont i Heim (1) (1908) podają również, że czerwone ciałka z nakropieniami są wyrazem ukrytego zatrucia ołowiem (présaturnisme) i poprzedzają wszystkie inne jego objawy. Według Grawitza (26) liczba czerwonych ciałek z nakropieniami zmienia się równolegle do natężenia w poszczególnym przypadku, spadając stopniowo do zera, gdy chorzy porzucają dawne zajęcie i leczą się środkami przeczyszczającymi, kąpielami i t. d.

Wręcz przeciwne zdanie wypowiada Naegeli (41), opierając się na doświadczeniach Sabrazèsa (54) i swego współpracownika Lutosławskiego (36), z których wynika, że tylko umiarkowana dawka ołowiu może wywołać wystąpienie czerwonych ciałek krwi z nakropieniami zasadochłonnemi, które znikają po dawce zbyt wysokiej i zjawiają się znowu w wielkiej liczbie w miarę poprawy stanu zdrowia badanego osobnika.

Wyniki moich doświadczeń na zwierzętach zgadzają się zupełnie z wnioskami Naegeliego. Po zbyt wysokiej dawce ołowiu nie widziałem nigdy we krwi zwierząt czerwonych ciałek krwi z nakropieniami zasadochłonnemi, spotykałem je natomiast zawsze, gdy, postępując według wskazówek Sabrazèsa (54), wstrzykiwałem świnkom morskim 0,006—0,012 octanu ołowiu, rozpuszczonego w wodzie przekroplonej. Przed śmiercią zwierząt ilość czerwonych ciałek krwi z nakropieniami zasadochłonnemi zmniejszała się stale. W szpiku kostnym nie mogłem nigdy znaleść czerwonych ciałek krwi z nakropieniami zasadochłonnemi.

Zwierzęta znosiły wstrzykiwania związków ołowiu rozmaicie: dwie świnki morskie żyły po wstrzyknięciu przez czas dłuższy, wykazując stale nakropienia zasadochłonne czerwonych ciałek krwi. Dwa króliki padły po jednem wstrzyknięciu octanu ołowiu (0,2), nie wykazując wcale we krwi nakropień zasadochłonnych. Trzecia świnka morska padła po dwóch wstrzyknięciach octanu ołowiu, nie wykazując nakropienia zasadochłonnego już na pięć dni przed śmiercią.

b) Co się tyczy czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia, to stwierdzałem w swych doświadczeniach zwiększanie się ich liczby w tych razach, gdy równocześnie w preparacie utrwalonym krwi można było spostrzedz wybitną polichromatofilię, nawet przy zupełnym braku czerwonych ciałek krwi z nakropieniami, — i odwrotnie nie znajdowałem czerwonych ciałek krwi z barwiącą się za życia ziarnistością w dwóch przypadkach, w których czerwone ciałka nakropione występowały obficie, a ciałek polichromatycznych nie było.

Wogóle czerwone ciałka z ziarnistością barwiącą się za życia, nie są w zatruciu ołowiem zjawiskiem stałem, lecz raczej wyrazem równoczesnego odradzania się krwi, czyli pośrednim objawem zatrucia, połączonego z niedokrwistością. — Według Fiessingera (21) czerwone ciałka krwi z ziarnistością barwiącą się za życia zdarzają się tylko u młodych osób, zatrutych ołowiem, szczególnie obficie wtedy, gdy istnieje równocześnie wybitna niedokrwistość, a znikają ze krwi, gdy liczba czerwonych ciałek zbliża się do normy. Przeciwnie u osób starszych, pomimo niedokrwistości i gwałtownych, często powtarzających się, napadów kolki ołownej, czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia, brak zazwyczaj.

Co się tyczy poszukiwań doświadczalnych, to Widal, Abrami i Brulé (20) nie znajdowali nigdy we krwi zwierząt, zatrutych ołowiem, większej ilości czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia; ja przeciwnie znajdowałem je w czterech przypadkach na pięć bardzo obficie.

Doświadczenie I. Świnka morska.

Badanie przedwstępne w ciągu 1. i 2. dnia nie wykazało we krwi ani czerwonych krwinek nakropionych, ani krwinek z ziarnistością barwiącą się za życia. Drugiego dnia wstrzyknięto do otrzewnej 0,012 octanu ołowiu.

3. dnia, czyli nazajutrz po wstrzyknięciu ołowiu, znajdowałem we krwi dość liczne czerwone ciałka krwi z grubemi nakropieniami zasadochłonnemi, nadto pewną ilość erytroblastów z dobrze zachowanem, wyraźnie okonturowanem, okrągłem, silnie barwiącem się jądrem. Polichromatofilii we krwi nie było. Czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia nie znaleziono.

4. dnia. Wynik badania krwi ten sam. Ponowne wstrzyknięcie 0,018 octanu ołowiu.

5. dnia. Bardzo nieliczne czerwone ciałka krwi z nakropieniami zasadochłonnemi. Niema krwinek polichromatycznych. Niema czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia.

W ciągu następnych dni nie znajdowałem wcale czerwonych ciałek krwi z nakropieniami zasadochłonnemi, ani z barwiącą się za życia ziarnistością.

11. dnia zwierzę padło. Czerwonych ciałek krwi z nakropieniami, ani z barwiącą się za życia ziarnistością w szpiku kostnym nie znaleziono.

Doświadczenie II. Świnka morska.

Badanie przedwstępne w ciągu 1. i 2. dnia nie wykryło we krwi ani czerwonych krwinek z nakropieniami, ani z barwiącą się za życia ziarnistością, ani krwinek polichromatycznych. Drugiego dnia wstrzyknięcie 0.012 octanu ołowiu.

3. dnia, czyli nazajutrz po wstrzyknięciu ołowiu, znalazłem obraz krwi niezmieniony.

4. dnia. Pojedyncze czerwone ciałka krwi z nakropieniami zasadochłonnemi. Ponowne wstrzyknięcie 0,012 octanu ołowiu.

5. dnia. Dość liczne czerwone ciałka krwi z nakropieniami zasadochłonnemi (prawie w każdem polu widzenia). Niezbyt liczne czerwone krwinki z barwiącą się za życia ziarnistością.

6. i następnych dni. Bardzo nieliczne czerwone ciałka krwi z nakropieniami. Natomiast czerwone ciałka krwi z barwiącą się za życia ziarnistością występują coraz obficiej. Znajdujemy mianowicie prawie w każdem polu widzenia po 6—8 takich ciałek.

Krew tej świnki, badana w miesiąc po wstrzyknięciu drugiej dawki octanu ołowiu, zawierała jeszcze (coprawda nieliczne) czerwone ciałka krwi z nakropieniami zasadochłonnemi. Ciałek z barwiącą się za życia ziarnistością nie znajdowałem. Po ponownem wstrzyknięciu (31. dnia) 0,012 octanu ołowiu czerwone ciałka krwi z nakropieniami zasadochłonnemi już nazajutrz występują liczniej. Czerwonych ciałek krwi z barwiącą się za życia ziarnistością nie znajdowałem.

Doświadczenie III. Świnka morska.

Badanie przedwstępne w ciągu 1. i 2. dnia nie wykryło we krwi ani polichromatofilii, ani czerwonych ciałek krwi, bądź nakropionych, bądź zawierających barwiącą się za życia ziarnistość. Drugiego dnia wstrzyknięto pod skórę 0,012 octanu ołowiu.

3. dnia, czyli nazajutrz po wstrzyknięciu ołowiu, jak również 4. dnia znalazłem obraz krwi niezmieniony. Ponowne wstrzyknięcie 0,012 octanu ołowiu.

5. dnia. Dość liczne ciałka krwi z nakropieniami zasadochłonnemi, niezbyt liczne ciałka z ziarnistością barwiącą się za życia.

6. dnia. Bardzo nieliczne czerwone ciałka nakropione (co 5—6. pole spotykamy jedno takie ciałko). Czerwone ciałka z barwiącą się za życia ziarnistością występują liczniej. Ponowne wstrzyknięcie 0,012 octanu ołowiu.

7. i następnych dni nakropionych czerwonych ciałek nie znaleziono we krwi wcale. Czerwone ciałka z barwiącą się za życia ziarnistością występują w większej liczbie, niż dnia poprzedniego.

W miesiąc po ostatniem wstrzyknięciu nie znalazłem we krwi tej świnki ani czerwonych ciałek krwi z nakropieniami zasadochłonnemi, ani z ziarnistością barwiącą się za życia.

Po ponownem wstrzyknięciu świnka padła. Zarówno we krwi, wziętej z serca, jak i w szpiku kostnym nie znaleziono ani czerwonych ciałek krwi z nakropieniami, ani z ziarnistością barwiącą się za życia.

Doświadczenie IV. i V. Króliki.

Już przed doświadczeniem znajdowałem we krwi tych zwierząt pojedyncze czerwone ciałka krwi, zawierające barwiącą się za życia ziarnistość; w preparacie utrwalonym ze krwi nie znajdowałem nakropień w czerwonych ciałkach krwi, spostrzegałem zaś ciałka polichromatyczne. Wstrzyknięto do otrzewnej 0,2 octanu ołowiu.

3. dnia, czyli nazajutrz po wstrzyknięciu nie znajdowałem we krwi czerwonych ciałek nakropionych. Liczba czerwonych ciałek, zawierających ziarnistość barwiącą się za życia ta sama, jak dnia poprzedniego.

4. dnia. Czerwonych ciałek krwi z nakropieniami za-

sadochłonnemi niema, natomiast wybitna polichromatofilia i liczne czerwone ciałka krwi z ziarnistością barwiącą się za życia (6 do 7%).

5. dnia. Wynik badania krwi, jak dnia poprzedniego.

6. i 7. dnia. Czerwonych ciałek krwi z nakropieniami niema. Czerwonych ciałek, zawierających barwiącą się za życia ziarnistość, mniej.

8. dnia. Zwierzęta padły. W szpiku kostnym znaleziono liczne czerwone ciałka krwi z barwiącą się za życia ziarnistością. W preparacie utrwalonym czerwonych ciałek krwi z nakropieniami zasadochłonnemi nie znaleziono.

Co się tyczy przypadków klinicznych zatrucia ołowiem, to u chorej Del....., liczącej 40 lat, która leczyła się w klinice Prof. Chauffarda z powodu kolki ołowiczej, znajdowałem podczas napadu kolki we krwi pojedyncze czerwone ciałka krwi z nakropieniami zasadochłonnemi obok licznych (do 6%) ciałek z barwiącą się za życia ziarnistością. W miarę postępów leczenia znikały ze krwi obydwa rodzaje ziarnistości, a po pewnym przeciągu czasu można było znaleść we krwi tylko ziarnistość barwiącą się za życia.

Z 20 badanych przezemnie w Warszawie zecerów, z których czterej leżeli u nas w szpitalu z powodu najrozmaitszych dolegliwości, a pozostali 16 byli to ludzie zdrowi, specyalnie przezemnie badani w drukarni, nie mający żadnych objawów zatrucia pomimo długoletniej pracy w swym zawodzie — tylko u jednego otrzymałem wynik badania krwi dodatni (6 nakropionych czerwonych ciałek krwi na 10.000). Robotnik ten czuł się jednak zupełnie dobrze i nie chciał się poddać powtórnemu badaniu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Kalendarz lekarski na r. 1911, wydawnictwo Dra J. Polaka. Warszawa.

Już zewnętrzna szata tegorocznego Kalendarza warszawskiego mile uderza oko, ponieważ strona typograficzna przedstawia się bardzo estetycznie. Jestto nowość, którą z uznaniem podnieść należy. W treści Kalendarza znać usiłowanie udoskonalenia i uzupełnienia wydawnictwa. Spis lekarzy został uzupełniony datami uzyskania dyplomu lekarskiego, listą instytucyi społeczno-lekarskich, wykazem lekarzy Polaków, ordynujących w zdrojowiskach (który jednak wymagałby poprawek, bo wymienia gdzieniegdzie lekarzy, którzy już w danem zdrojowisku nie ordynują) itd. Następujący po schematyzmie lekarskim dział, obejmujący tabele z najważniejszemi danemi o dawkowaniu leków itd., o ciąży, ząbkowaniu, wzroście i wadze w różnych latach, wylęganiu się chorób zakaźnych, sztucznych kąpielach leczniczych, pierwszej pomocy w nagłych przypadkach, otruciach, skorowidz zdrojowisk i wreszcie główne wiadomości o badaniu bystrości wzroku (z tabliczką Snellenowską) został wydany wspólnie z Kalendarzem lekarskim krakowskim i zredagowany przez redakcyę tego kalendarza, nie wymaga więc ponownego omawiania. Wreszcie zawiera Kalendarz warszawski podręcznik terapeutyczny, w którym dział chorób wewnętrznych, opracowany przez ś. p. Teodora Dunina, przejrzany został obecnie przez Dr Wł. Biegańskiego, a dział chirurgiczny opracowany przez Dr Br. Sawickiego. Wogóle znać w Kalendarzu Dra Polaka postęp, który zasługuje na podniesienie i zjedna sobie napewno uznanie licznych przyjaciół tego wydawnictwa. Z.

Dr med. Stanisław Breyer: **Nowe horyzonty.** Kraków, 1910.

W broszurze swej składa autor niejako swoje wyznanie wiary, piejąc hymny pochwalne na cześć »leczenia naturalnego«, a w zamian wyszukując słabych stron leczenia »szkolnego« i budując na tem most, mający przerzucić ludzkość na drugi brzeg — lepszy i szczęśliwszy. Podług autora ostatnie odkrycia różnych nieznanych promieni, zwłaszcza promieni Ochorowicza (a Zjazd neurologów polskich?!), stanowią zapowiedź zupełnej zmiany dotychczasowych teoryi. Autor pragnie swą broszurą pobudzić do odmiennego patrzenia na wszechświat i życie, aniżeli nas w szkołach współczesnych nauczono. W nich kształcone umysły nie umieją, jak wywodzi autor, przypuścić, by cokolwiek poza światem, zmysłami dostrzegalnym, istnieć mogło.

W drugiej części broszury wywodzi autor, że »medycyna szkolna« więcej nieraz szkodzi, niż pomaga, a »lekarstwa« zmieniają poprostu choroby ostre w przewlekłe. Zarzuty autora nie są nowe. Występuje on przeciwko rtęci, »wykazując« jej zgubne działanie, a nawet potępia w czambuł »chlubę nowoczesnej medycyny« — surowice. Odrzucając w zupełności »powagi uniwersyteckie«, w innem miejscu na dowód swych twierdzeń powołuje się jednakże na opinie tychże powag.

Ciekawe też »poglądy« wygłasza autor o chirurgii. Wprawdzie nawet laicy stwierdzają postęp chirurgii, autor jednak jest zupełnie innego zdania i już przewiduje, że »w niedalekiej przyszłości chirurgia ograniczy się do pewnych jedynie zmian i to czysto miejscowych, jak złamania, zranienia, zatkania, zapętlenia, ropnie i t. p.«. Na dowód, że chirurgia niewiele jest warta, przytacza autor zdania przeciwników operacyi wyrostka robaczkowego, ba nawet moje sprawozdania z »Przeglądu lekarskiego«, zwłaszcza co do złych wyników operacyi nowotworów. (Przyznam się, że nie przypuszczałem, że moje sprawozdania do tego się przydadzą i że »Przegląd lekarski« w ten sposób przytaczany będzie). Przyjąwszy nawet, że wyniki operacyjne w pewnej chorobie nie są dotąd świetne, to czyż to dowodzi, że cała chirurgia niema wartości? Dziś każdy profan wie, że każda operacya musiała się dopiero rozwijać, ulepszać i t. p., nim dała doskonałe wyniki. Że czasem wyniki operacyi nie są dobre, to niezawsze wina chirurgii, lecz często dyagnostyki, a nieraz... niepowołanych rąk, które chorego przedtem zbyt długo »leczyły«.

Broszurę swą kończy autor dyetetyką duszy, opartą na »Diätetik der Seele« Feuchterslebena.

Broszura Dr Breyera dla czytelnika, patrzącego na całą rzecz krytycznie i fachowo, nie przynosi wiele nowego. Natomiast zupełnie inny skutek może wywrzeć ona na laika, zwłaszcza rozgoryczonego chorobą. Będzie on mógł myśleć, że nawet lekarze doszli do wniosku, iż rzeczywiście jedynie poza »medycyną szkolną« znaleść można wyleczenie i pociechę!

Postęp każdej wiedzy polega nie na rozpraszaniu sił, lecz na skupianiu, a potępiać wolno tylko wtedy, gdy się ma na to racyonalnie uzasadnione dowody. Wysnuwanie zaś wniosków ogólnych z kilku przesłanek i oderwanych urywków i wojowanie frazesami obliczone być może jedynie na ludzi, którzy zgoła nie oryentują się w danym przedmiocie. Klęsk.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

1) Fridman. **W sprawie stosowania tuberkuliny Denysa w gruźlicy płuc.** (Med. Obozr. 1910. Nr 10). 2) Łapszin. **Leczenie tuberkuliną według danych Szpi-**

tala Staro-Jekaterynieńskiego w Moskwie (ibidem. Nr 14).

Fridman podaje wyniki dwuletnich swoich spostrzeżeń w 10 przypadkach (Szpital Basmannyj w Moskwie), które szczegółowo opisuje. Leczenie trwało od 7—12 miesięcy. Wynik był ujemny tylko w jednym przypadku, w którym obok spadku wagi ciała stwierdzono ogólne i miejscowe pogorszenie. We wszystkich innych przypadkach waga ciała podniosła się o 5—14 funtów. Wogóle w 6 przypadkach wynikiem leczenia było niewątpliwie wyraźne polepszenie. W 2 przypadkach na 4 laseczniki znikły z plwociny. Z ogólnej liczby 10 przypadków było 5 stałych chorych szpitalnych, 2 z ambulatoryum szpitalnego, 3 zaś z praktyki prywatnej autora Ponieważ pobyt w szpitalu, jak wiadomo, nie wpływa dodatnio na przebieg gruźlicy, chorzy zaś z ambulatoryum z powodu ubóstwa nie odżywiali się dobrze, a mimo to wystąpiło polepszenie, należy więc, zdaniem autora, odnieść polepszenie do działania użytego środka leczniczego. Wobec tego zaś, że tuberkulina stosowana w sposób odpowiedni jest nieszkodliwa, można ją stosować ambulatoryjnie, jeżeli chorzy są mniej więcej inteligentni.

Łapszyn stosował tuberkulinę Denysa u 72 chorych. Doszedł do przekonania, że leczenie takie sprowadza się właściwie do forsownego odżywiania i podniesienia odporności ustroju. U chorych, którzy w szpitalu zyskiwali na wadze, przybytek był większy przy leczeniu tuberkuliną (od 4—12 funtów), niż u nieleczonych (0,5—7 f.). U tych zaś, którzy opuszczali szpital z ubytkiem wagi ciała, spadek ten u leczonych wynosił średnio 8 f., a u nieleczonych $9^1/_2$ f. — Co się tyczy leczenia ambulatoryjnego, to Ł. wyraża zdanie, że ono wtedy tylko daje dobre wyniki, jeżeli jest dalszym ciągiem leczenia szpitalnego.

Dr L. Mańkowski.

Landouzy, Gougerot i Salin. **Hemolityczne niedokrwistości gruźlicze i żółtaczka.** (Presse médic. 1910, Nr 82). Fizyologia patologiczna niedokrwistości, jakoteż i etyologia niektórych żółtaczek, spostrzeganych w toku zakażenia gruźlicą, nie są jeszcze zupełnie wyjaśnione. Ciekawe pod tym względem spostrzeżenie podają obecnie autorowie. Spostrzeżenie to tyczy się młodego człowieka z rozpadowemi zmianami gruźliczemi płuc. Chory miał twarz bladą, z odcieniem żółtaczkowym, nalaną, mocz ciemno-żółty, obrzękłą wątrobę i śledzionę. Niedokrwistość była znaczna (1,050.000 c. czerw., Hg. 10%), liczne ciałka czerwone kropkowane (25%), jakoteż jądrzaste (35%), przyczem krwinki czerwone okazywały wybitne obniżenie oporności (resistance globulaire). Powoli poprawił się ogólny stan chorego; a z tem równocześnie ustąpiła żółtaczka i niedokrwistość. Równocześnie ze wzmaganiem się oporności krwinek czerwonych poprawił się stan płuc i to naprowadza autorów na domysł, że w toku gruźlicy może się zjawić niedokrwistość przez to, że krwinki czerwone rozpadają się. Z drugiej zaś strony żółtaczka hemolityczna nabyta, opisana przez Widala, może być przejawem, zależnym od całego szeregu przyczyn, pomiędzy któremi powinniśmy obecnie wyliczać i gruźlicę. Stahr.

Sandelowsky. **O wpływie wzrastającej ciepłoty na zgęszczenie krwi.** (Deutsches Archiv f. klin. Med. 1910, Zeszyt 3. i 4). Przy sposobności poprzednich doświadczeń, stwierdzających występowanie rozcieńczenia krwi podczas chorób gorączkowych, postanowił S. rozstrzygnąć pytanie, czy rozcieńczenie krwi jest stałem zjawiskiem całości objawów, objętych nazwą »gorączka«, czy też występuje również przy głównym objawie gorączki, t. j. jedynie przy podwyższeniu ciepłoty ciała. W celu rozwiązania tego pytania, podnosił S. ciepłotę ciała królików przez umieszczanie ich w cieplarkach lub nakłucie ośrodka ciepłoty według Aronsona i Sachsa, wreszcie wstrzykiwał królikom 0,5 Cl Na, jak również zabite bulionowe hodowle prątka okrężnicy. Doświadczenia te dały wyniki zgodne, zawsze bowiem występowało w miarę wzrostu ciepłoty rozcieńczenie krwi, które po obniżeniu się ciepłoty powracało do granic prawidłowych. A zatem i przy podwyższeniu się ciepłoty, jako takiem, i to z przyczyn fizycznych lub chemicznych, pojawia się tylko rozcieńczenie krwi, gdy natomiast przy chorobach gorączkowych oprócz rozcieńczenia następuje uszkodzenie tkanek jako wyraz wzmożonego rozpadu białka organicznego. Rozcieńczenie krwi uważa S. za odczyn biologiczny dla szeregu stanów, charakteryzujących się wyłącznie podwyższeniem ciepłoty, czyli między obydwoma powyższemi zjawiskami istnieje związek przyczynowy, mający na celu regulacyę ciepła. R. Łaba.

Tribulet i Ribodeau-Dumas. **Biegunka, a wydalanie toksyn przez błonę śluzową jelit.** (Comptes rend. Soc. de Biol. 1909, Nr 35). Autorowie zwracają uwagę, że obok zapaleń jelit pochodzenia bakteryjnego istnieją zapalenia pochodzenia toksycznego. Krew przynosi do pewnej części błony śluzowej jelit jady bakteryjne, a wtedy powstają przekrwienia, a nawet wybroczyny, i to jest główną podstawą objawów klinicznych. Siedziba zmian bywa rozmaita zależnie od rodzaju bakteryi. Przebieg schorzenia jest mniej lub więcej ciężki, zależnie od siedziby sprawy. Najcięższy przebieg mają biegunki, w których zmiany chorobowe usadowiły się w górnym odcinku jelit i w dwunastnicy. Dr Mańkowski.

Schmidt. **O badaniu sprawności wątroby zapomocą cukru lewozwrotnego w chorobach gorączkowych przy równoczesnem uwzględnieniu wydalania urobiliny.** (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1910, Zeszyt 3. i 4.). Autor postanowił rozstrzygnąć pytanie, czy istnieje równoległość między zmniejszeniem się tolerancyi wątroby w chorobach gorączkowych, a pojawieniem się urobiliny w moczu. W tym celu przeprowadził badania w 33 przypadkach chorób gorączkowych, jako to: płonicy, błonicy, zapalenia migdałków, gośćca stawowego, włóknikowego zapalenia płuc, róży, zapalenia wsierdzia, ropni okołonerkowych, gruźlicy płuc i t. d. Z doświadczeń okazało się, że z ukazaniem się i trwaniem urobilinuryi tolerancya wątroby względem lewulozy zmniejsza się, a wzmaga się przy znikaniu urobiliny z moczu. Autorowi nasunęło się pytanie, czy zjawiska te mają przyczynę w rzeczywistem uszkodzeniu wątroby i czy mogą służyć jako pomocnicze środki dla rozpoznania schorzenia wątroby przy chorobach zakaźnych. Przed odpowiedzią na to pytanie zastanawia się jednak S. nad tem, czy gorączka, występująca przy chorobach zakaźnych, sama przez się wywołuje zmniejszenie tolerancyi dla cukru lewozwrotnego i urobilinuryi, czy też przyczyna leży w komórkach wątrobnych uszkodzonych przez drobnoustroje lub produkty przemiany materyi mikrobów. Doświadczenia, wykonane na królikach, pouczyły autora, iż sztuczne podwyższenie ciepłoty ustroju zwierzęcia potęguje tolerancyę względem lewulozy; tem samem pozostało do udowodnienia drugie przypuszczenie, którego wartość starał się autor zbadać zapomocą szeregu odpowiednio przeprowadzonych doświadczeń. Z doświadczeń tych wypływa obniżenie tolerancyi wątroby względem lewulozy, gdy natomiast zawartość glikogenu w wątrobie nie zawsze była zmniejszona. Badania drobnowidowe nie wykazywały przeciwnie zwyrodnienia miąższowego, ewentualnie tłuszczowego. Z powyższych faktów wnosi autor, że w wątrobie istnieją chwilowe zmiany, upośledzające jej sprawność, które jednak pod względem anatomicznym nie dadzą się określić; wynika stąd, że próby z lewulozą i wykazywaniem urobilinuryi w chorobach wątroby przy równoczesnem istnieniu gorączki nie mają wartości środka pomocniczego przy rozpoznaniach. R. Łaba.

Neurologia i psychiatrya.

Archangielski. **W sprawie uleczalności gruźliczego zapalenia opon mózgowych.** (Medic. Obozr. 1910, Nr 2). W sprawie tej przeważa zdanie, że zapalenia takie

są nieuleczalne i kończą się śmiercią. Jednakowoż ostatnimi czasy spotykamy dokładne opisy niewątpliwego zapalenia gruźliczego opon mózgowych, gdzie musimy uznać fakt uleczalności. Dotychczas opisano około 50 spostrzeżeń tego rodzaju. Rozbierając te spostrzeżenia, dochodzi autor do przekonania, że 1) istnieje pierwotne zajęcie sprawą gruźliczą opon mózgowych i że istnieje zapalenie następowe przy nieznacznem stosunkowo zajęciu jakiegoś narządu; 2) że przy zajęciu opon mózgowych może nie wystąpić ostre wodogłowie komór bocznych; 3) że może nastąpić wyrównanie ciśnienia wewnątrz-czaszkowego przez podniesienie ciśnienia krwi; 4) że sprawa gruźlicza na oponach może być ograniczoną co do zajętej przestrzeni i że wskutek tego wytwarzanie toksyn może być nieznaczne. Ostatecznie musimy przyznać, że w pewnych przypadkach gruźliczego zapalenia opon siły ochronne ustroju mogą okazać się dostateczne do zwycięzkiej walki ze sprawą chorobową. W końcu autor obszernie podaje i omawia spostrzegany przez siebie przypadek, należący do tej kategoryi. Rozpoznanie stwierdzono badaniem cytologicznem i wykryciem prątków gruźliczych w płynie mózgowo-rdzeniowym. Przypadek ten zakończył się zupełnem wyzdrowieniem. Autor podkreśla, że w przypadku tym można było z pewnością stwierdzić niewielką ilość płynu w komorach bocznych, gdyż przy nakłuciu lędźwiowem płyn mózgowo-rdzeniowy wypływał tylko kroplami, i że sprawa ograniczała się do niebardzo wielkiej przestrzeni. Niedowład nerwu twarzowego prawego, połączony z gorączką, która wystąpiła w przebiegu choroby, objaśnia autor świeżem wysypaniem się gruzełków na odpowiednim odcinku kory mózgowej. Dr L. Mańkowski.

Remond i Vairenenel. **Pląsawica ostra, a zaburzenia psychiczne.** (Presse med. 1910, Nr 15). Zastanawiając się nad etyologią rozmaitych postaci pląsawicy, dochodzą autorowie do przekonania, że w osnowie pląsawicy leży zwyrodnienie. Dopiero zaś wszelkiego rodzaju zakażenia wpływają na to »miejsce mniejszej odporności« i wyzwalają pojawienie się ruchów pląsawiczych. Co się zaś tyczy psychoz, przyłączających się do rozmaitych stanów pląsawiczych, to stosownie do tego, co przeważa, czy zwyrodnienie, czy zakażenie, psychoza ma charakter psychozy degeneracyjnej, lub też psychozy toksyczno-zakaźnej. A zatem psychoza pląsawicza jako taka nie istnieje i nie zasługuje na odrębny opis. — Postacie psychoz, zdarzających się w przebiegu pląsawicy, jak: melancholia, podniecenie maniakalne, obłęd prześladowczy i t. p. mają swoją autonomię i nie znajdują się w żadnym przyczynowym związku z pląsawicą. Dla objaśnienia swoich wywodów podają autorowie opisy kilku swoich spostrzeżeń.

Dr L. Mańkowski.

Raymond. **Wrzekome guzy mózgu, a surowicze zapalenie komór bocznych.** (Presse méd. 1910, Nr 20). Autor podaje opis 2 spostrzeżeń, w których całokształt objawów silnie przemawiał za guzem mózgu: silne bole głowy, wymioty, szybkie obniżenie siły wzroku, a następnie zupełna jego utrata, obłęd z omamami. Przebieg choroby i zejście jej zmusiły autora do zmiany rozpoznania na rozpoznanie surowiczego zapalenia komór bocznych. R. podkreśla z naciskiem, że podobieństwo objawów w takich zapaleniach do objawów, występujących przy nowotworach mózgu, zależy od jednej i tej samej przyczyny: zwiększonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Za zajęciem komór bocznych mózgu przemawiałoby nagłe wystąpienie choroby, ale ostatecznie rozstrzyga o rozpoznaniu cały jej przebieg.

Dr L. Mańkowski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
Wydział matematyczno-przyrodniczy.
Posiedzenie d. 7. listopada 1910.

Sekretarz przedstawia wydane przez Akademię Umiejętności dzieła: a) czł. L. Marchlewskiego »Chemia organiczna«, Kraków 1910, 8⁰, str. XI, 497. Wydawnictwo Zarządu Akademii, nakładem funduszu podręczników przyrodniczych. b) Prof. Dr Ad. Wrzoska »Jędrzej Śniadecki«. Życiorys i rozbiór pism. 2 tomy. Kraków, 1910, 8⁰, str. 331 i 406. Wydanie nakładem funduszu Nestora Bucewicza.

Czł. H. Hoyer przedstawia pracę p. Ludwika Sitowskiego p. t.: **Doświadczenia nad barwieniem żywych gąsienic drobnych motyli.**

Autor żywił gąsienice motyli (Microlepidoptera) z rodziny Tineidae, Gelechiidae, Pyralidae sztucznymi, tłuszczowymi barwikami, przyczem zauważył zabarwienie ciała tłuszczowego gruczołów prządnych i jajników w ciele gąsienic. Barwiki te utrzymują się także w dalszych stadyach rozwoju motyli, t. j. w stadyum poczwarki, imago oraz w gąsienicach wylęgłych z jaj zniesionych przez zabarwione motyle. Autor zbadał sposób i czas przechodzenia barwika z przewodu pokarmowego do narządów jamy ciała. Wreszcie autor podaje szczegóły biologiczne, tyczące się trawienia keratyny, tłuszczu oraz wpływu jakości pożywki na zmianę wielkości indywidualnej u powyższych motyli.

(Oprócz tego przedstawiono 3 prace z zakresu chemii i jedną z zakresu matematyki).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.
Posiedzenie z d. 16. listopada 1910 r.

Przewodniczący R. dw. Prof. Wicherkiewicz. — Obecnych członków 35.

1. Przewodniczący odczytuje zaproszenia:

a) Centralnego Związku galicyjskiego przemysłu fabrycznego na VII. ogólne Zgromadzenie członków w Brodach d. 20. XI.

b) Izby handlowej i przemysłowej w Brodach na raut 20. XI. 1910.

c) Związku Akademickiego na wieczorek d. 23. XI. 1910.

2. Protokóły dwóch ostatnich posiedzeń odczytano i przyjęto.

3. Prof. Lewkowicz przedstawia:

a) Przypadek **choroby Hirschsprunga** u 12-letniego chłopca.

b) **Syndroma pseudoasciticum** u 7-letniej dziewczynki.

c) **Lues hereditaria tarda** u 12-letniej dziewczynki (zniekształtnienie szczęki, zęby śrubnikowate, blizny promieniste w otoczeniu otworów naturalnych ciała, zapalenie miąższowe rogówki).

W dyskusyi zauważa prym. Borzęcki, że późna kiła dziedziczna określa wystąpienie pierwszych objawów kiły w późniejszym wieku dziecięcym i że wogóle należy do rzadkości. Przypadki z cechami przedstawionemi przez Prof. L. winno się zaliczać do kiły trzeciorzędnej. Dystrofie zębów zdarzają się także na tle krzywiczem, nie są więc znamienne dla kiły.

R. dw. Prof. Wicherkiewicz: Godząc się na zapatrywanie kol. Borzęckiego co do definicyi kiły późnej, zaznaczam, iż właśnie my okuliści najwięcej mamy sposobności śledzić ją wobec nierzadkich zapaleń rogówki rozlanych miąższowych. Lubo ono najczęściej występuje w pierwszych latach po urodzeniu, a najpóźniej w okresie rozkwitu dziecka, to jednak zdarzają się przypadki o wiele późniejsze, zasługujące tem więcej na miano »późnych«. I tak w Poznaniu spostrzegałem taki przypadek u 20-letniej panny, u której z całą pewnością mogłem wyłączyć kiłę nabytą,

gdy rodzice tą skazą byli dotknięci. Właśnie te przypadki są uporczywe w leczeniu, a u owej panny zmętnienie po zapaleniu było tak silne, że rogówka przedstawiała się bielmowatą; pod wpływem ponownych zabiegów leczniczych przeciwkiłowych zmętnienie to prawie ustąpiło. — Co do zębów znamiennych dla kiły odziedziczonej, to lubo postać zębów Hutchinsonowska jest bardzo typowa, to jednak mogą zachodzić postacie niedorozwoju zębów, wzgl. zboczenia w odżywianiu, a sądzę, że to wtenczas następuje, gdy obok kiły istnieje jeszcze rachityzm. — A teraz słowo jedno co do leczenia zapalenia miąższowego rogówki środkiem »606«. Mimo, że dotychczasowe doświadczenia autorów przemawiały za tem, iż przeciw tej postaci zapalenia kiłowego środek ten nie jest skuteczny — ostatnio i Fuchs w Wiedniu takie wobec mnie objawił zapatrywanie — to ja dochodzę do odmiennego zapatrywania na podstawie własnych, acz dotychczas nielicznych doświadczeń. I tak chwilowo mam chłopca w szpitalu św. Łazarza z rozlanem miąższowem zapaleniem rogówki, u którego i wywiady i wszystkie objawy za pochodzeniem kiłowem przemawiają, a wstrzyknięcie środka Ehrlicha sprawiło stanowczo szybką poprawę. Innego chorego z Królestwa umieściłem w klinice i tu ze względu na wiek nazwać trzeba przypadek kiłą spóźnioną. Młody człowiek, 18-letni, z takąż chorobą oczną leczony był rozmaitymi środkami. Gdy sposób badania Wassermanna dał wynik dodatni, wstrzyknąłem środek Ehrlicha, a poprawa i podmiotowo i przedmiotowo już dziś po kilku dniach widoczna. Przypuszczam, iż różnica w doświadczeniach tłómaczy się chyba tylko pewną skłonnością osobistą do tego czy owego środka, albo powikłaniami chorobowemi (Streszczenie własne).

Prof. Lewkowicz odpowiada, że niema uzasadnienia podział przypadków kiły dziedzicznej na 2 szeregi, zależnie czy były wczesne objawy, czy nie, skoro patogeneza jest w obu razach ta sama. Na obraz kiły wrodzonej późnej składają się objawy, nie należące do zmian trzeciorzędnych, chyba wyjątkowo (zapalenie miąższowe rogówki, zapalenie błędnika, powodujące nagłą głuchotę), przyczem powołuje się na powagę Fourniera młodszego. Typowe zęby Hutchinsonowskie uważa prelegent za znamienne dla kiły.

4) Doc. Dr Koźniewski wygłasza wykład: **O hormonach.** Część II.

Dyskusyę z powodu spóźnionej pory odłożono.

Sekretarz: Dr Bujak.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 21. września 1910 r.

Przewodniczący: kol. A. Krusche. Sekretarz: E. Sonnenberg.

1) Kol. Sterling przedstawił chorą **z odmą piersiową,** na tle gruźlicy **powstałą powoli,** a zajmującą całą prawą stronę klatki piersiowej (na rentgenogramie płuco jest widoczne dopiero ponad drugiem żebrem); żadnych objawów podmiotowych, chora nie kaszle, nie pluje. Jedynie szybki ruch wywołuje duszność. — Jest to przypadek, ilustrujący wpływ pożądany ucisku płuca gruźliczego przez niezakażoną odmę piersiową. (Streszczenie własne).

2) Kol. Maybaum przedstawił 34 letniego mężczyznę, chorego od 14 miesięcy, skarżącego się na bole, występujące prawie bezpośrednio po jedzeniu, na odbijanie, mdłości krótkotrwałe, bez wymiotów. Chory wychudł. Wygląd charłaczy. Apetyt dobry, chory jadłby chętnie, lecz obawia się bolów. Pod lewem podżebrzem guz, wielkości jabłka, ruchomy, nie będący w związku ani ze śledzioną, ani z nerką. Żołądek naczczo pusty, po śniadaniu próbnem — treść źle strawiona. Pod drobnowidem — niema nic nieprawidłowego. Próbna laparotomia (20. 8. 19. 10.), wykonana przez kol. Goldmana w asyst. kol. Skalskiego i W. Jasińskiego — guza ani w żołądku, ani w innem miejscu jamy brzusznej nie wykazała. Po operacyi chory przez 3 tygodnie czuł się dobrze, bolów nie miał, na wadze przybrał. Od tygodnia ma znów bole. Przy badaniu wyczuwa się guz w tem samem miejscu i tej samej wielkości.

3) Kol. Goldberg przedstawia chorego **po wyłuszczeniu lewego ramienia** z powodu zmiażdżenia kości ramieniowej. Kończyna wisiała na skórze i pęczku naczyniowym. Skóra dokoła stawu ramieniowego zniszczona zupełnie. Nie bacząc na to, kol. Goldberg starał się zachować możliwie najwięcej z płatu skórnego, unikając w tym celu okładań wilgotnych. Nastąpiła częściowa zgorzel skóry, reszta jednak wystarczyła dla pokrycia obnażonego po wyłuszczeniu stawu ramieniowego.

4) Kol. Goldberg przedstawia chorego z guzem wielkości głowy dziecka w okolicy łydki prawej. Guz rośnie od roku; początek guza w jamie podkolanowej. Guz twardy, daje wrażenie rzekomego chełbotania, nieruchomy, skóra nad nim napięta. Rozpoznanie: **mięsak,** prawdopodobnie okostny, piszczeli

5) Kol. W. Garliński przedstawił chorego, lat 20 liczącego, który wskutek uderzenia kawałkiem cukru w dolnozewnętrzną część brzegu rogówkowo-spojówkowego uległ wypadkowi **oderwania tęczówki od wieńca rzęskowego.** Przypadki czystej, niepowikłanej irydodyalizy są nader rzadkie, ponieważ na ich powstawanie musi się złożyć cały szereg ściśle obliczonych warunków, a mianowicie: 1) młody wiek; 2) siła działająca z zewnątrz musi mieć charakter błyskawiczny, 3) musi trafić granicę rogówkowo-twardówkową, 4) musi mieć pewne napięcie, pewien kierunek i działać z pewną masą. Natenczas granica rogówkowo-twardówkowa zostaje spłaszczoną, przez co brzeg rzęskowy tęczówki wciska się ku środkowi. Z chwilą, kiedy działanie siły błyskawicznej ustaje, rogówka (resp. twardówka) ze stanu zaklęsłego z taką szybkością przechodzi w stan wypuklenia, że tęczówka nie może podążyć za tym ruchem i odrywa się od wieńca rzęskowego.

6) Kol. Goldman przedstawił a) chorego, w wieku 30—35 lat, **z rakiem prącia;** w gruczołach pachwinowych — przerzuty.

b) mężczyznę, dotkniętego **mięsakiem** w okolicy łopatki. Nowotwór powstał podobno po urazie.

7) Kol. Przedborski przedstawił **faryngoskop** Schmuckerta i pokazał na chorym zastosowanie tego przyrządu.

8) W sprawie obchodu jubileuszowego Towarzystwa uchwalono wyasygnować na wydatki, które pociągnie za sobą urządzenie Zjazdu lekarzy, z funduszów Towarzystwa rb. 500, co stanowić ma kapitał gwarancyjny. W przewidywaniu wielkiej pracy przy urządzaniu Zjazdu, pozwolono komisyi, wybranej w celu obmyślenia szczegółów obchodu jubileuszowego, dobrać jeszcze 5 osób, zaprosiwszy kolegów: Kruschego, J. Michalskiego, Chodźkę, W. Jasińskiego i Trenknera.

9) Kol. Goldman przedstawił usunięte **kamienie żółciowe** (53 kamieni) z trzech przypadków.

10) Kol. Garliński wygłosił odczyt p. t.: **Badanie dna oka zapomocą przyrządu F. Bauma (oftalmo-fundoskop).** Pomysł zamienienia oftalmoskopu na mikroskop do badania dna oka jest tak dalece śmiały, że zasługuje na to, ażeby nań zwrócić uwagę bez względu na to, czy przyrząd Bauma przyczyni się do postępu oftalmoskopii. Oftalmo-fundoskop ma dwie zalety: 1) daje obraz dna oka w powiększeniu dotychczas nieznanem, 2) uwalnia badającego od refleksów rogówkowych. Na ogół budowa przyrządu przypomina drobnowid z tą tylko różnicą, że zawiera w sobie aparat oświetlający. Zapomocą oftalmo-fundoskopu można badać dno oka w obrazie prostym i odwrotnym, nadto można zastosować powiększenie do 70 razy. W końcu odczytu przedstawił G. rysunek, odtwarzający obraz dna oka w powiększeniu 70-krotnem: Siatkówka jest barwy blado żółtawo-czerwonawej; na tle jej zauważyć się daje nader misterna budowa, sprawiająca wrażenie delika-

tnie groszkowanej skóry. Plamkę żółtą w oku prawidłowem trudno bardzo odnaleść: wydaje się ona jako nikła okrągława żółto-biała plamka, leżąca na nieco ciemniejszem polu. Tarcza nerwu wzrokowego ma postać wielkiego koła o średnicy 3—4 ctm., barwy blado-żółtej z lekkim odcieniem różowym. Zarysy tarczy są mniej wyraźne i w około niej dostrzedz można promienistość, która wreszcie prędko znika. Naczynia środkowe siatkówki o zarysach niewyraźnych na polu tarczy dosięgają szerokości 3 mm. Barwa ich, zależnie od rodzaju, w różnym stopniu czerwona. — Stosowanie przyrządu Bauma do badania dna ocznego wymaga pewnej wprawy. (Streszczenie własne).

11) Kol. Goldberg pokazał **preparat przerosłego gruczołu krokowego,** usuniętego drogą nadłonową przez pęcherz. Przebieg pooperacyjny zadowalniający, ciepłota po kilku dniach obniżyła się do poziomu prawidłowego; chory po 3 tygodniach zmarł wskutek nieprzyjmowania pokarmów i przy objawach depresyi.

12) Kol. Goldman omówił 2 przypadki **usunięcia gruczołu krokowego,** oraz pokazał preparaty po pomyślnie dokonanej prostatektomii, przyczem wyraził zdziwienie, że lekarze, mający najwięcej do czynienia z tego rodzaju cierpieniami, tak rzadko uciekają się do operacyi doszczętnej i niepotrzebnie narażają chorych na długoletnie, kilka razy na dobę powtarzane cewnikowanie.

13) W sprawie poruszonego przez kol. Goldmana doszczętnego **leczenia przerostu gruczołu krokowego** wywiązała się ożywiona dyskusya, w której wzięli udział koledzy: Goldman, Sonnenberg, Krusche, Goldberg, W. Bernard, Pański i Klozenberg.

Sonnenberg zwraca uwagę na dwie okoliczności, a mianowicie, że doszczętna operacya usuwania gruczołu krokowego, dokonywana zwykle na osobach w wieku bardzo podeszłym i osłabionych, jest niebezpieczna, w rękach bowiem takich mistrzów, jak Albarran, odsetka śmiertelności wynosi 20 i więcej; — że większość chorych, zwracających się do lekarza z tem cierpieniem, znajduje się w okresie, kiedy rozszerzenie pęcherza doszło do znacznego stopnia i kiedy już nastąpił prawie zanik warstwy mięśniowej pęcherza — usunięcie więc gruczołu krokowego już nie zdoła przywrócić kurczliwości pęcherza, a więc i całkowitego opróżniania go przez chorego bez cewnika. Wysoka więc odsetka śmiertelności z jednej strony, oraz fakt, że osoby operowane muszą, w większości przynajmniej przypadków, również opróżniać pęcherz z pozostałego moczu (Residualharn) zapomocą cewnika, stanowią — zdaniem Sonnenberga — względy, które powinny powstrzymywać lekarza od operowania w każdym przypadku przerostu gruczołu krokowego i ograniczać zabieg doszczętny do pewnych tylko, ściśle określonych wskazań. Takiemi wskazaniami być powinny: 1) Trudne wprowadzanie cewnika, oraz zbyt częsta, przy małym pęcherzu, potrzeba cewnikowania w ciągu doby. Jeżeli tych warunków niema, t. j. gdy cewnikowanie jest łatwe i jeżeli nie potrzeba wielokrotnie w ciągu doby wypuszczać moczu, to zachowawczy sposób zapomocą prawidłowego, 2—3 razy dziennie wypuszczania moczu, przy jednoczesnem przestrzeganiu warunków higienicznych i dyetetycznych, najzupełniej wystarcza i może być z pomyślnym skutkiem przez długie lata przez samych chorych stosowany. Sonnenberg ma w obserwacyi kilku chorych, mających przerost gruczołu krokowego, którzy od wielu lat, cewnikując się sami 2—3 razy na dobę, przychodzą co kilka miesięcy dla kontroli. Są to chorzy w wieku 70—80 lat i stan ich zdrowia jest najzupełniej zadowalniający. W sprawie samej metody operacyjnej, sądzi Sonnenberg, że operacya sposobem Freyera jest najmniej odpowiednia, jest ona bowiem połączona z uszkodzeniem części krokowej cewki i jest powodem zaników moczowych i zwężeń. Lepszym — według Sonnenberga — jest zabieg Mac Gilla, a najodpowiedniejszym — operatio perinealis, albo praerectalis. Tę operacyę Sonnenberg miał okazyę widzieć 14 razy, wykonaną przez Prof. Albarrana.

Kol. Goldman jest stanowczym zwolennikiem doszczętnego leczenia przerostu gruczołu krokowego. Kol. G. utrzymuje, że we wszystkich 5 przypadkach, operowanych przez niego, chorzy opróżniają całkowicie pęcherz.

Kol. Goldberg jest również zwolennikiem usuwania gruczołu krokowego drogą operacyjną. Duże i miękkie gruczoły krokowe dają — zdaniem kol. Goldberga — naogół wskazanie do operacyi drogą pęcherzową, małe i twarde — kroczową. Uszkodzenie krokowej części cewki przy wykonywaniu prostatektomii sposobem Freyera, o którem wspomina Sonnenberg, nie stanowi poważnego szkopułu. Kol. G. zwraca uwagę, między innemi, na możliwość błędu technicznego, niezależnego od chirurga. Naprzykład w przypadku, operowanym przez kol. Goldberga, wprowadzenie 450 sześc. ctm. płynu nie uniosło dna pęcherza ponad spojenie łonowe (normalnie wprowadza się 300).

Kol. Krusche przytacza operowane przez siebie z pomyślnym skutkiem przypadki przerostu gruczołu krokowego i oświadcza się za doszczętnem leczeniem tego cierpienia. Jest zwolennikiem metody Freyera.

Kol. W. Bernard zwraca uwagę, że mały gruczoł krokowy stanowi przeciwwskazanie do operacyi i przypomina, że odsetek śmiertelności u Albarrana wynosi przy prostatektomii nadłonowej 14, przy kroczowej 21. Dalej zauważył, że nieraz obecność kamienia u prostatyków sprzyja względnemu opróżnieniu pęcherza.

Kol. Pański i Klozenberg zapytują, czy są znane przypadki, jak w przypadku kol. Goldberga, melancholii po usunięciu gruczołu krokowego i czy istnieje tu jaki związek? — Kol. Klozenberg zapytuje, czy nie dałoby się powiązać zjawisko melancholii w danym przypadku ze zmianami, które następują (po operacyi) w wydzielaniu wewnątrz-gruczołowem? — Kol. Goldberg sądzi, że objawy depresyi mogły być w związku z usunięciem jednego z narządów rozrodczych.—Kol. Sonnenberg również zwraca uwagę na to, że objawy depresyi występują wogóle po dokonaniu zabiegów operacyjnych, których następstwem jest zmniejszenie lub całkowite zniesienie zdolności płciowej, jak naprzykład po wytrzebieniu i t. d. Co do pytania kol. Klozenberga, czy nie dałoby się tu powiązać zjawiska melancholii ze zmianami w wydzielaniu wewnętrznem, Sonnenberg zauważył, że możnaby dojść do podobnego wniosku, gdyby naprzykład poważnie traktować hypotezę Rovsinga o przyczynie przerostu gruczołu krokowego. Rovsing tłómaczy pochodzenie przerostu gruczołu krokowego w ten sposób, że natura w tym okresie życia mężczyzny, kiedy następuje zanik gruczołów rozrodczych, usiłuje odruchowo wyrównać poczynające się starcze zmiany przez przerost i wzmożoną czynność gruczołu krokowego. Jeśli więc na przerost gruczołu patrzeć się z tego stanowiska, to rzecz prosta, iż usunięcie gruczołu krokowego w okresie wzmożonego jego wydzielania stanowi dla ustroju naruszenie równowagi, która istniała przed operacyą i wywołuje perturbacye, które mogą się przejawiać w sferze psychicznej operowanego. E. Sonnenberg.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

61. Zebranie ogólne d. 15. października 1910.

1. Na przewodniczącego zebrania wybrano kol. Fidlera.
2. Przez balotowanie wybrani zostali członkami Towarzystwa koledzy: Cunq i Petrall z Radomia, Juchniewicz z Opoczna.
3. Odczytano treść depeszy, wysłanej na Zjazd chirurgów polskich w Warszawie.
4. Rozpatrzono sprawę kosztów drukowania odbitek protokółów Posiedzeń ogólnych członków Towarzystwa z »Przeglądu lekarskiego« w Krakowie i postanowiono zwrócić się jeszcze raz do Redakcyi z zapytaniem.
5. Odczytano protokół poprzedniego Zebrania i po sprostowaniu przez kol. Pełczyńskiego przyjęto.

6. Kol. Szczepaniak odczytał: **Ruch chorych zakaźnych** w Radomiu za sierpień, wrzesień i pierwszą połowę października b. r.

7. Kol. Fidler odczytał: **O chemoterapii.**

62. Zebranie ogólne w d 26. listopada 1910.

1. Na przewodniczącego Zebrania wybrano kol. Przychodzkiego.

2. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego Zebrania.

3. Odczytano odpowiedź Redaktora »Przeglądu lekarskiego«, Prof. Ciechanowskiego, że drukowanie protokółów i odbitek będzie i nadal bezpłatne.

4. Przyjęto przez balotowanie na członków Towarzystwa kolegów: Basińskiego, Pieszkowa i Tanfilijewa.

5. Kol. Raszkes odczytał w streszczeniu pracę Prof. Landau: **Mięśniaki i ciąża**, oraz pokazał wspaniały atlas, przez tegoż profesora wydany.

6. Przedyskutowano ofertę Towarzystwa ubezpieczeń »Pomoc« i jednogłośnie odrzucono.

Członek zarządu, sekretarz: T. Rakowski.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie organizacyi piśmiennictwa lekarskiego.

Na ostatniem zebraniu Związku niemieckiej prasy lekarskiej wystąpił Dr Karol Oppenheimer z następującymi wnioskami: 1) Byłoby pożądane rozdzielenie pism lekarskich na 2 grupy: a) grupa pism o treści oryginalnej, b) o treści sprawozdawczej; dla celów praktycznych do grupy pierwszej dodaćby można streszczenia poglądowe. 2) Honorarya za prace oryginalne mają być zniesione (zamiast nich większa ilość odbitek), natomiast za zamawiane przez redakcye wykłady kliniczne — streszczenia poglądowe i znacznie podniesione. 3) Każde pismo ma umieszczać artykuły tylko ze swej specyalności, aby zapobiedz rozpraszaniu się prac. Prace o innej treści powinny redakcye nawzajem między sobą wymieniać. 4) Wydawanie oddzielnych ksiąg jubileuszowych powinno być zwalczane. 5) Pisma o celach praktycznych nie powinny drukować prac ściśle teoretycznych. 6) Odczyty na Zjazdach, posiedzeniach i t. p. powinny być drukowane w czasopismach lekarskich. 7) W pracach oryginalnych należy ograniczyć przytoczenia (cytaty). 9) Pożądane jest stworzenie centralnego organu dla całej medycyny.

Dr Oppenheimer ma zapewne najlepsze chęci, podając swe wnioski; być może nawet, że wynikłaby z nich także pewna korzyść dla nauki, ale zastosowania praktycznego wnioski te chyba nie znajdą.

Rozdzielenie pism lekarskich na 2 grupy, t. j. pisma o treści oryginalnej i o treści sprawozdawczej, niema podstawy, a to z kilku względów. Przedewszystkiem głównymi prenumeratorami czasopism lekarskich są lekarze praktyczni i ci pragną w czasopiśmie znaleść niemal wszystko, a więc tak prace oryginalne (i to z różnych dziedzin), jak streszczenia poglądowe, wiadomości zawodowe i t. p. Takie ogólne czasopisma są potrzebne i będą nadal potrzebne. Czasopism, w których drukowaneby były jedynie prace oryginalne, lekarze praktyczni z natury rzeczy nie będą prenumerować, albowiem, jak to z trzeciego wniosku Oppenheimera wynika, każde pismo stałoby się pismem specyalnem, a jako takie, nie interesowałoby tak bardzo lekarza praktycznego.

Również niewiadomo, dlaczego Oppenheimer żąda, by za prace oryginalne nie płacono honoraryów? Jeżeli autorowie nie chcą ich przyjmować, to przecież mogą je ofiarowywać »z zasady« n. p. na cele dobroczynne lekarskie; niemniej honorarya powinny być wypłacane. Znaczne podniesienie wynagrodzeń za wykłady kliniczne i streszczenia poglądowe mogłoby znów wpłynąć tu i ówdzie niekorzystnie na pisanie prac oryginalnych. Słuszne natomiast jest domaganie się Oppenheimera, by w pracach oryginalnych autorowie ograniczali się w przytaczaniu poprzedników. Zestawienia takie należą już bowiem do sprawozdań poglądowych. Wymienianie prac między redakcyami nie może następować bez zezwolenia autora. A ten rzadko na to zezwoli, albowiem wysyłając pracę, namyślił się już chyba dostatecznie, gdzie ją umieścić.

Niesłusznie też domaga się Oppenheimer zwalczania wydawnictwa ksiąg jubileuszowych. Czasopisma nic na tem nie tracą, bo zwykle zawarte w nich prace ukazują się i tak przedtem lub potem w czasopismach.

Tak więc przeważna część projektów Oppenheimera chybia celu i nie da się praktycznie zastosować, a właściwie niema obecnie potrzeby praktycznego ich stosowania. Projekta te, wykonane, zwiększyłyby tylko liczbę pism specyalnych. W obecnych czasach i tak już mamy za dużo czasopism wogóle, a specyalnych w szczególności, a codzień prawie wyrastają nowe archiwa, miesięczniki i t. p. Są to wszystko wydawnictwa kosztowne i zwykle też niedługo trwające.

Jeżeli czasopisma lekarskie mają kształcić ogólnie lekarzy, a czynić to powinny, to obowiązkiem ich jest zamieszczać najgłówniejsze wiadomości z wszystkich dziedzin medycyny, a to dlatego, by lekarza praktycznego obznajamiać z postępami nauki, a specyalistę utrzymywać w łączności z innemi gałęziami medycyny. Do tego celu prócz prac oryginalnych, służą streszczenia pojedyncze i sprawozdania poglądowe, doniesienia ze Zjazdów i posiedzeń naukowych. Obawa rozpraszania się prac jest płonną. Gdy czasopism nie jest za dużo, to o rozpraszaniu się niema mowy, a gdy ich jest za wiele, to reformy w tym rodzaju, jak Oppenheimera, na rozpraszanie się nie zaradzą.

Dr Adolf Klęsk.

Krajowa Rada Zdrowia odbyła d. 4. XII. b. r. posiedzenie, na którem wydała opinie w następujących sprawach: Zakład dla umysłowo chorych zbrodniarzy, statut dla zdrojowiska w Szczawnicy, taksa szpitalna w Wadowicach. R.

Wydział Związku krajowego lekarzy Galicyi i W. Ks. Krakowskiego ma do rozdania z początkiem roku 1911 kwotę 800 kor. z funduszu im. Jordana dla niezaopatrzonych wdów i sierót po lekarzach, jako procenta od tego funduszu. O zapomogę starać się mogą niezaopatrzone wdowy i sieroty wyłącznie po lekarzach, którzy byli członkami Związku krajowego lekarzy aż do zgonu. Pomiędzy podającymi się prawo pierwszeństwa do otrzymania zapomogi z tego funduszu będą miały— przy równych zresztą warunkach — te wdowy względnie sieroty, których mężowie względnie ojcowie przyczyniali się do powiększenia funduszu im. Jordana przez używanie w praktyce lekarskiej znaczków receptowych Związku lekarzy. Podania, zaopatrzone dowodem ubóstwa podających się, należy wnosić najpóźniej do 31. grudnia 1910 do Wydziału Związku krajowego lekarzy przez Administracyę znaczków receptowych tego Związku (Kraków, ul. Floryańska 22. II. p.).

Wydział Związku krajowego lekarzy.

Sekretarz: Dr Weisberg. Prezes: Prof. Wicherkiewicz.

Lekarskie Towarzystwo ubezpieczeń »Kosmos« (Unfall- u. Haftpflicht-Versicherungsaktiengesellschaft), zawiązane z inicyatywy Izb lekarskich austr., prosi nas o ogłoszenie, że wpisaniem do regestru sądu handlowego w Wiedniu rozpoczęło swoją czynność. Dla wypełnienia swoich celów statutowych, polegających na ubezpieczeniu od wypadków i odpowiedzialności, starać się będzie Towarzystwo przyjmowaniem w tych zakresach ubezpieczeń wszelkiego rodzaju odpowiedzieć potrzebom i żądaniom interesowanych i sumiennem prowadzeniem spraw usprawiedliwić położone w niem zaufanie. Biura dyrekcyi Tow. »Kosmos«, znajdujące się w Wiedniu (IX/I Wasagasse 2), udzielają wszelkich wyjaśnień. R.

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	1 h
Od r. 1904 do końca października 1910	525,792	452,194
W listopadzie 1910	1,475	8,500
Razem .	527,267	461,494

Dr Żydłowicz, administrator

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 27. XI. do 3. XII. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † 3 (w tem obcych 5 † 2), krztuśca 2 † 1, płonicy 7, odry 51 † 3 (3 † —), duru brzusznego 2 † 1, róży 2 † 1.

Dr Janiszewski

I Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego

odbędzie się w Łodzi, w dniach 4 i 5 czerwca r. 1911.

Zjazd został zainicyowany przez Łódzkie Towarzystwo lekarskie, które w roku przyszłym obchodzi dwudziestopięciolecie swego istnienia. Pozwolenia na zjazd udzielono pod warunkiem, by »na miesiąc przed otwarciem Zjazdu zakomunikowano władzom gubernialnym piotrkowskim szczegółowy program odczytów i innych czynności Zjazdu«.

Do komitetu organizacyjnego Zjazdu powołało Towarzystwo lekarskie łódzkie drów: W. Chodźkę, Ks. Jasińskiego, M. Kaufmana, A. Kruschego, J. Maybauma, J. Michalskiego, A. Pańskiego, L. Przedborskiego, S. Sterlinga i H. Trenknera.

Pierwszą czynnością komitetu było rozesłanie do wszystkich Towarzystw lekarskich prowincyonalnych następującej odezwy:

»Szanowni Koledzy! Z okazyi XXV-lecia istnienia Łódzkiego Towarzystwa lekarskiego postanowiliśmy urządzić w Łodzi na Zielone Świątki roku 1911 pierwszy Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego. Charakter pracy zawodowej i warunki bytowe lekarzy prowincyonalnych stawiają przed nimi szereg zagadnień, które są obce większości kolegów stołecznych. Praca zawodowa zdala od wielkich ognisk ruchu naukowego, bez szpitali, lub w szpitalach licho uposażonych, bez pracowni naukowych, bez instytutów terapeutycznych — zmusza do improwizowania niejako środków i sposobów przystosowywania postępów sztuki leczniczej do potrzeb praktyki. Jest tu szereg zagadnień żywotnych, bo zdrowie większości mieszkańców Królestwa mających na widoku, a jednak nieco na uboczu od gościńca głównego postępu nauk lekarskich leżących.

Więc też takich zagadnień nie rozstrzyga się na zjazdach ogólno-lekarskich, tembardziej na zjazdach specyalistów. Roztrząsane być one mogą na Zjeździe lekarzy prowincyonalnych, te jedynie sprawy w programie mającym. Naczelnym tematem Zjazdu będzie np. sprawa sposobów podniesienia żywotności tych ognisk naukowych, jakie mamy w postaci szpitali i Towarzystw lekarskich prowincyonalnych; od lat paru widzimy tam zamieranie lub nawet zupełny zastój. Takie i podobne sprawy nie mogą być przedmiotem obrad zjazdów ogólnych; rzadko też na nich zabiera głos lekarz prowincyonalny. W nadmiarze skromności i z istotną szkodą dla przebiegu rozpraw redukuje on zazwyczaj udział swój do roli jedynie słuchacza. Inaczej się to ułoży, kiedy on właśnie będzie się czuł gospodarzem, kiedy jego potrzeby będą osią rozpraw i dociekań.

Potrzebę takich zjazdów poruszono w Łodzi już w r. 1889, kiedy w prospekcie do »Czasopisma lekarskiego« mówiono: o konieczności peryodycznego porozumiewania się osobistego w kwestyach »zadań dnia powszedniego«; o wartości zjazdów, które »systematyzują zadania naukowe i społeczne« w zakresie potrzeb i możności pracy lekarskiej na prowincyi.

Podejmując pracę organizacyi I Zjazdu lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego, jesteśmy przejęci przekonaniem, że w pracy towarzyszyć nam będą wszyscy koledzy prowincyonalni, a przedewszystkiem — Towarzystwa lekarskie.

Dlatego zwracamy się do Szanownych Panów z uprzejmą prośbą o zorganizowanie Podkomitetu zjazdowego — z trzech osób złożonego — któryby: 1) zyskiwał prelegentów; 2) zyskiwał członków Zjazdu; 3) był łącznikiem między komitetem organizacyjnym a ogółem lekarzy danej prowincyi Królestwa.

W niepłonnej nadziei, że Szanowni Panowie przyczynią się Swą pracą do powodzenia naszych zamiarów, dziś prosimy najuprzejmiej o możliwie szybkie zakomunikowanie nam nazwisk członków Podkomitetu«.

† Stanisław Kostanecki.

Dnia 15. listopada b. r. zmarł nieoczekiwanie, po pomyślnym na pozór przebiegu operacyi usunięcia wyrostka robaczkowego, Stanisław Kostanecki, profesor chemii organicznej w Uniwersytecie Berneńskim. W pełnej sile wieku męskiego, dożywszy zaledwie lat 50, zgasł jeden z najwybitniejszych przedstawicieli współczesnej chemii organicznej, zgasł w chwili, gdy właśnie wrócić miał do kraju, by objąć katedrę chemii w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Stanisław Kostanecki urodził się w Królestwie Polskiem na pograniczu pruskiem; nauki średnie pobierał w Poznaniu, w roku 1880 przeniósł się na Uniwersytet do Berlina, gdzie zgodnie z zamiłowaniem, wzbudzonem już w latach dawniejszych, zwraca się odrazu do studyów chemicznych pod kierunkiem Rammelsberga, Finkenera i zwłaszcza Liebermanna, którego asystentem został po upływie lat kilku. Po kilkoletnim pobycie na asystenturze w »Ecole de Chimie« w Mulhuzie, w znakomitej szkole zawodowej przemysłu farbierskiego, objął Kostanecki w roku 1890 świeżo utworzoną katedrę chemii organicznej w Bernie, którą opuścić chciał tylko na wołanie Ojczyzny.

Ogromny szereg prac Kostaneckiego poświęcony jest przeważnie sprawom barwików, a przedewszystkiem oznaczeniu budowy i syntezie żółtych barwików roślinnych. Już poprzednio prace, wykonane w Berlinie i w Mulhuzie, nad własnościami barwierskiemi pochodnych alizaryny, nad budową barwików azowych i nitrozowych, słusznie zwróciły przed dwudziestu laty uwagę rządu berneńskiego na Kostaneckiego; badania, dokonane potem już w Bernie nad żółtymi barwikami roślinnymi, okryły imię Kostaneckiego europejską sławą i przyniosły mu od obcych najwyższe odznaczenia, między innemi medal Lavoisiera od francuskiego Towarzystwa chemicznego i krzyż legii honorowej. Kostanecki wyświetlił budowę gentesyny, barwika żółtego, znajdującego się w korzeniu goryczki i wykazał związek tego ciała z ksantonami, które badał już był poprzednio. Prace nad chryzyną, żółtym barwikiem pączków topoli, doprowadziły Kostaneckiego do odkrycia flawonu, substancyi macierzystej, z której wyprowadzić się daje wiele żółtych barwików, znanych, lecz nie zbadanych poprzednio. Na tej samej drodze odkrył dalej Kostanecki grupę chromonów, z którą wiążą się znów dwa nader ważne barwiki roślinne: hematoksylina, barwik niebieski drzewa kampeszowego i brazylina, barwik czerwony drzewa fernambukowego.

Pracownia Kostaneckiego, w której wrzało tak gorące i wszechstronne życie naukowe, choć znajdowała się na obczyźnie, miała niezwykłe znaczenie dla nauki polskiej. Nietylko dla tego, że imię jej kierownika, Polaka, opromieniało blaskiem światowej sławy również i imię polskie, ale i przez to również, że pracownia ta zawsze skupiała znaczną liczbę współpracowników Polaków, którzy od swego mistrza prócz samej wiedzy czerpali niewygasający zapał i pęd naukowy. Swobodne obcowanie naukowe między uczniami a profesorem, którego niewyczerpana życzliwość zapewniona była każdemu, kto sumiennie i ochoczo przystępował do pracy, sprawiało, że pracownia Kostaneckiego, jako idealna wprost uczelnia naukowa, jako oaza polskości wśród coraz częściej wrogiej nam obczyzny, ściągała coraz liczniejsze rzesze pracowników. Przeważająca część naszych chemików, pracujących z wielkiem uznaniem w Królestwie i w Rosyi, to uczniowie i wychowańcy Kostaneckiego. To też śmierć tego nieodżałowanego przewodnika odbiła się głębokiem bolesnem echem nietylko w środowiskach uniwersyteckich: pietyzm mnogich, dozgonnie wdzięcznych uczniów, pracujących w zakresie chemii technologicznej, oblókł się w myśl uczczenia pamięci wielkiego Zmarłego przez ufundowanie stypendyum Jego imienia.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 30. XI. 1910 przedstawił Dr Nowotny rzekomego obojnaka, a Dr Eiger miał zapowiedziany wykład: »O metodzie elektrokardyograficznej«. — W d. 7. XII. b. r. wygłosił Dr Eiger drugą część wykładu »O metodzie elektrokardyograficznej«. W dyskusyi przemawiali Prof. Cybulski, Dr Weissglas i prelegent.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Jan Kołodziejski, Tadeusz Dzierzkowski i Mieczysław Jankowski, rodem z Warszawy, oraz p. Alojzy Łabędzki z gub. kaliskiej.

— Redakcya »Kalendarza lekarskiego krakowskiego« zawiadamia, że Kalendarz został rozesłany przed dwoma tygodniami wszystkim tym, którzy go zamówili w Redakcyi. Jeżeli go przeto kto z zamawiających dotąd nie otrzymał, zechce o tem niezwłocznie Redakcyę Kalendarza zawiadomić.

— W miejskim Urzędzie zdrowia otrzymać można po cenie kosztu (3·20 kor.) zawsze świeże surowice: przeciwmeningokokową, przeciwczerwonkową i szczepionkę durową. Dyżury w miejskim Urzędzie zdrowia odbywają się od 8 rano do 9 wieczór.

— Krajowy Związek lekarzy udzieli w r. 1911 poraz pierwszy zapomóg wdowom i sierotom po lekarzach z funduszu im. Jordana. (Szczegóły obacz w rubryce »Sprawy zawodowe«).

— Wydany przez współpracowników »Lwowskiego Tygodnika lekarskiego« ku uczczeniu jubileuszu Prof. Cybulskiego »Pamiętnik jubileuszowy« stanowi okazały tom (298 stron druku z licznemi rycinami), zawierający »Życiorys Napoleona Cybulskiego« napisany przez Prof. Becka, oraz następujące rozprawy: 1) Beck: »O galwanotropizmie«. 2) Beck i Bikeles: »Rozprzestrzenianie się łuku odruchowego w rdzeniu pacierzowym stwierdzone badaniem prądów czynnościowych«. 3) W. Czernecki: »Badania ilościowe nad kwasami oksyproteinowymi w cieczach surowiczych jam ciała oraz we krwi zdrowych i chorych«. 4) A. Gluziński: »Cięższe postacie niedokrewności a gruźlica wraz z kilkoma uwagami nad gruźlicą pochodzenia bydlęcego (typus bovinus) u ludzi«. 5) Hulanicka: »O zakończeniach nerwowych w skórze traszki (triton cristatus)«. 6) Konopacki: »Wpływ płynów hypertonicznych na zapłodnienie jaja jeżowców«. 7) Madejewski: »Jeszcze o rozwoju ciałek dotykowych w dzióbie kaczki«. 9) Markowski: »Wpływ śmiertelnych dawek na ośrodek oddechowy, naczynioruchowy i hamujące ośrodki serca przy sztucznem oddychaniu«. 9) Nowicki: »Wpływ obniżonego ciśnienia krwi na nadnercze«. 10) Popielski: »O wpływie zaciskania tętnicy głównej piersiowej na ciśnienie po usunięciu zaciskania«. 11) Reichenstein: »Cukromocz i adrenalina, z szczególnem uwzględnieniem cukromoczu u ciężarnych i w cukrzycy«. 12) W. Szymonowicz i J. Zaczek: »Badenia porównawcze nad unerwieniem włosów zatokowych. 13) Z. Tomaszewski: »Przypadki białaczki tucznokomórkowej«. 14) K. Bocheński: »O leczeniu włókniaków macicy mamminą Poehla«

Rozprawy te ukażą się również w »Tygodniku lekarskim«, a początek ich pomieszcza »Tygodnik lekarski« w Nr. 49, który wydany jako zeszyt jubileuszowy, został Jubilatowi wręczony w czasie uroczystości jubileuszowej przez Prof. Becka, jako przedstawiciela Redakcyi »Tygodnika«.

— Prymaryat oddziału chorób wewnętrznych w Krajowym Szpitalu we Lwowie otrzymał Dr Witold Ziembicki, dotychczasowy kierownik pracowni chemicznej szpitala, były asystent lwowskiej kliniki chorób wewnętrznych.

— W ciągu grudnia b. r. zostanie wydany staraniem Krajowego Związku zdrojowisk i uzdrowisk we Lwowie »Pamiętnik I. krajowego Zjazdu przemysłowo-balneologicznego« w formie książki. Książka ta zredagowana będzie w ten sposób, że nie będzie miała znaczenia chwilowego, lecz stanie się trwałym podręcznikiem dla każdego potrzebującego informacyi w sprawach zdrojownictwa, zawierać bowiem będzie obok opracowanych dla Zjazdu fachowych referatów, także ustawy mające w zdrojownictwie zastosowanie.

Warszawa. Komitet Zjazdu chirurgów polskich, odbytego w Warszawie w dn. 6. 7. i 8. października r. b., przystępując do druku Pamiętnika Zjazdu, uprasza uprzejmie o łaskawe nadesłanie jaknajrychlej zgłoszonych na Zjazd wykładów (w oryginale lub dokładnem streszczeniu) na ręce sekretarza Zjazdu (Dr Zembrzuski — ul. Nowogrodzka 26). Wykłady, nieprzysłane przed 1. stycznia 1911. nie będą mogły być umieszczone w Pamiętniku.

L. Zembrzuski. L. Kryński.

Z różnych stron. P. Curie-Skłodowska mianowana została członkiem Akademii Umiej. w Stokholmie.

— W »Polskim Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu« odbyło się 5. XI. b. r. posiedzenie Sekcyi przyrodniczej, na którem doc. Smoleński wykładał: »O fosfatydach«. W dyskusyi uczestniczyli prof. Zaleski, który dopełnił wykład wskazaniem na stosunki nukleoalbuminów z fosfatydami i znaczenie ich w przemianie materyi, prof. Ziemacki, wskazując na zastosowanie pewnych fosfatydów w chirurgii, dalej Dr Michałowicz, Dzierzgowski i Uliński. Sekcya przyrodnicza obrała za swój organ, warszawski »Wszechświat«. — D. 12/25. XI. odbyło się posiedzenie Sekcyi lekarskiej, na którem uchwalono wniosek o mianowanie członkiem honorowym »Związku« prof. Cybulskiego i postanowiono wziąć udział w obchodzie 100-letniej rocznicy urodzin Pirogowa, poczem prof. Ziemacki zdał sprawę ze Zjazdu chirurgów polskich w Warszawie, a Dr Wilamowski przedstawił przypadek wąglika rzekomego.

— Dr B. Chabłowski ofiarował 200 rb. na wydawnictwo prac naukowych »Polskiego Związku lekarzy i przyrodników« w Petersburgu.

Mianowani: asystentami-internami szpitali warszawskich: Dr Wł. Podbielski i O. Słoński; doc. Heineke nadzw. profesorem chirurgii i dyrektorem polikliniki w Lipsku.

Zmarli. Dr Józef Rogalewicz, prezes Wydziału sierót Towarzystwa dobr. w Warszawie w 74 r. ż.; Dr Lucyan Niewnierzycki w Kijowie, Dr Szymon Portner, naczelny lekarz izr. szpitala dla dzieci, rzecz. radca stanu, w 70 r. ż. w Warszawie; Dr Władysław Szymański w 80 r. ż. w Rokociowszczyznie w pow. wilejskim;

słynny fizyolog prof. Mosso w Turynie.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Zeszyt XI. Monachium, Lehmann. Cena 2 M. — (cały rocznik 16 M.).

Listopadowy zeszyt »kursów lekarskich« wypełniają rozprawy z zakresu okulistyki, chorób górnych dróg oddechowych i chorób uszu. Prof. Bach omawia ciekawą sprawę wpływu światła, szczególniej promieni o krótkich falach, na oko; doc. Krusius pomieszcza rzecz p. t. »Biologia w okulistyce«, roztrząsając wyniki dla badań oftalmologicznych i wyniki praktyczne. Prof. Eicken omawia szczegółowo sprawę ciał obcych w drogach oddechowych, a Prof. Kümmel zestawia nowsze doświadczenia, zebrane w zakresie otyatryi. Z.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w listopadzie 1910.

Gazeta lek. Nr 44—49. Janowski: O nerce ruchomej i wędrującej (44—47). — Chojko (dok. 44—48). — Sławiński: O znieczulaniu miejscowem (45). — Karwacki: O wartości dyagnostycznej przeciwciał ogniskowych w gruźlicy (46). — Gębarski: Pięć przypadków choroby Addisona (47). — Ettinger: Kilka uwag z powodu ostatniej epidemii tyfusu powrotnego (48). — Piotrowski Wł.: Przyczynek do badania plwociny na laseczniki gruźlicze (48). — Nr 49 poświęcony prof. N. Cybulskiemu: Pruszyński: Prof. Cybulski jako badacz i nauczyciel. — Brudziński: Badania doświadczalne nad odruchem drugostronnym i odruchem obustronnym na kończynach dolnych. — Handelsman: O odczynie elektrycznym neurotonicznym. — Janowski: O tłómaczeniu krzywej przedsionkowo-przełykowej w zestawieniu jej z krzywą elektrokardyograficzną. — Popielski: O własności moczu obniżania ciśnienia krwi. — Pruszyński: O działaniu fizyologicznem żółci.— Sosnowski: Wrażenia z VIII. międzynar. Zjazdu fizyologów.

Medycyna i Kronika lek. Nr 44—49. Higier: Zapalenie tętnic ostre z chromaniem przestankowem (44—45). — Sterling: (dok. 44—47). — Biehler M. (dok. 44—46). — Marcinkowski: Przyczynek do wycięcia odźwiernika z powodu raka i słów kilka w sprawie rozpoznawania zwężeń odźwiernika (46). — Maliniak: O przetokach żołądkowo-okrężniczych (47). — Goldberg: Nowa łatwa metoda wyprostowywania tyłozgiętej macicy (48). — Ehrlich E.: Przypadek ropnia wątroby niewiadomego pochodzenia (48). — Jaroszyński: Psychologia i psychoterapia histeryi (48). — Nr 49 poświęcony prof. N. Cybulskiemu: Sosnowski: Prof. Napoleon Cybulski. — Cybulski i Eiger: O elektrokardyogramach przy rozmaitych rodzajach uśpienia. — Mutermilch: O pochodzeniu niweczników w świdrowicach świnek morskich. — Otto: Zmiany anatomiczne w sercu pod wpływem nikotyny. — Rzętkowski: Badania nad przemianą materyi purynowej w przypadku białaczki limfatycznej. — Halpern: Zjawiska chemiczne w przebiegu raka. — Mutermilch: Katalaza, jej własności i stosunek do zaczynów utleniających. — Zawadzki: O hormonach.

Tygodnik lekarski Nr 44—48. Nowicki: Gruźlica krtani ze stanowiska anatomopatologicznego (44—46). — Ziembicki: Przypadek paratyfusu A. (44). — Edelszein: O powikłaniach pooperacyjnych ze strony płuc (45—46) — Klarfeld: O gruźliczem zajęciu rdzenia pacierzowego w przebiegu t. zw. choroby Potta (47). — Nr 48 poświęcony prof. Cybulskiemu. A. Beck: Napoleon Cybulski. — A. Beck: O galwanotropizmie. — A. Gluziński: Cięższe postacie niedokrewności a gruźlica wraz z kilkoma uwagami nad gruźlicą pochodzenia bydlęcego. — Szymonowicz i J. Zaczek: Badania porównawcze nad unerwieniem włosów zatokowych. — Popielski: O wpływie zaciskania tętnicy głównej

piersiowej na ciśnienie krwi po usunięciu zaciskania. — M. Reichenstein: Cukromocz i adrenalina. — Beck i Bikeles: Rozprzestrzenianie się łuku odruchowego w rdzeniu pacierzowym stwierdzone badaniem prądów czynnościowych. — Hulanicka: O zakończeniach nerwowych w skórze traszki. — Konopacki: Wpływ płynów hipertonicznych na zapłodnienie jaja jeżowców.

Nowiny lekarskie Nr 11. Hornowski (dok.) — Rosenhauch (dok.). — Nowakowski (c. d.). — Hornowski: S. p. Andrzej Obrzut.

Postęp okulist. Nr 8—9. Żurkowski: Ile mamy sposobów wyrównania niezborności mieszanej (As. M. H.) i jakie? — Bednarski: Kilka słów o oddziale ocznym przy szpitalu dla dzieci im. św. Zofii we Lwowie i sprawozdanie z tegoż oddziału za rok 1908 i 1909.

Przegląd chorób skórn. i wen. Nr 9. Krzyształowicz: Komórki plazmatyczne.

Przegląd chirurg. i ginekol. T. III. Z. 3. Br. Kozłowski: Dwa przypadki tętniaków tętnic obwodowych. — Marcinkowski: Zawężlenie okrężnicy esowatej.

(Dokończenie nastąpi).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Przetwory kakaowe **Sano-Kakao** i **Sano-Maltin**, jako środki odżywcze i pożywki. Dr Robert Burow z insbruckiego Zakładu farmakologicznego ogłasza w »Wiener klin. Rundschau« Nr 35. 1910. wyniki swych badań nad wartością powyższych przetworów. Przez dodatek soli roślinnych zawierają one wszystkie składniki, potrzebne do pożywienia ustroju. Doświadczenia na zwierzętach wykazują zupełną wessalność tych przetworów kakao. Stąd wystarcza przetwór ten sam przez się do odżywiania chorych, mających wstręt do mięsa i mleka. Również jako dodatek do zwykłego żywienia posiada Sano-Kakao, wzgl. Sano-Maltin dla lekarza praktycznego wielką wartość w przypadkach słabego rozwoju u uczącej się młodzieży, przy skazie moczanowej, przy schorzeniach serca i nerek, — przy których żywienie mięsem musi być ograniczone. Z. W.

Feolathan. Dr S. Aufrecht, Berlin. (Allg. Mediz. Centralztg. Nr 29, 1910). Jest to nowy, chemiczny przetwór żelaza, badany po raz pierwszy przez autora co do własności farmakologicznych. Sporządza się go przez nasycenie wodorotlenem amonu i — żelaza kwasem mlecznym. Chemicznie jest on solą podwójną, przedstawia zielonkawą, nadzwyczaj hygroskopijną masę krystaliczną, łatwo rozpuszczalną w wodzie i wyskoku. Przetwór ten wyrabia firma Goedecke & Co., Berlin, w postaci pigułek.

Analiza wykazuje:

wody hygroskopijnej	17·70%
» związanej	24·30%
kw. mlecznego	48·34%
ammonium	2·54%
żelaza	7·12%.

Celem stwierdzenia najważniejszego punktu, t. j. wessalności, podjęto doświadczenia na 2 psach średniej wielkości, wagi 8, wzgl. 9½ klgr. Doświadczenia obejmowały 14 dni, wśród których do dokładnie ważonego jedzenia dodawano feolathanu, rozpuszczonego w wodzie. Wśród tego okresu nie okazywały zwierzęta żadnych zaburzeń chorobowych, ani zmniejszenia się łaknienia a 40% feolathanu uległo wessaniu.

W związku z tem stwierdzono w drugim szeregu doświadczeń na królikach wzrost hemoglobiny, stały i silny. W ciągu 2—3 tygodni przybytek jej wynosił 10—19%.

Autor poleca zatem feolathan, podnosząc łatwość wessania, szybki wzrost hemoglobiny i brak objawów ubocznych nawet po względnie dużych dawkach. Hr. W.